

Prosjektrapport 2018

Kommunal tannpleier

– samhandling mellom hjemmebasert omsorg og tannhelsetjenesten
Samarbeidsprosjekt mellom Hamar kommune og Tannhelsetjenesten Hedmark



Hamar kommune



Tannhelsetjenestens
kompetansesenter
Øst



HEDMARK
FYLKESKOMMUNE

03.10.2018

Forfattere

Kristin Lund Forren, Ewa Hovden, Vibeke Ansteinsson, Berit Kalland, Hilde A Sjøberg

Innhold

| | |
|--|----|
| Forord | 3 |
| Bakgrunn for prosjektet..... | 4 |
| Sammendrag..... | 5 |
| Innledning..... | 7 |
| Oral helse hos de eldre i hjemmebasert omsorg..... | 7 |
| Tannhelsefaglig opplæring for ansatte i pleie- og omsorgstjenesten. | 8 |
| Samhandling mellom tannhelsetjenesten og pleie -og omsorgstjenesten | 8 |
| Organisering av hjemmebaserte pleie- og omsorgstjenester og Tannhelsetjenesten | 9 |
| Den offentlige tannhelsetjenesten | 11 |
| Relevante Lover og forskrifter | 11 |
| Formål | 13 |
| Integrering av en tannpleier i kommunen..... | 13 |
| Prosjektets mål | 13 |
| Forankring av prosjektet..... | 14 |
| Metode..... | 15 |
| Utvalg..... | 15 |
| Undersøkelsene | 15 |
| Innføring av nye samhandlingsrutiner..... | 17 |
| Fokusgruppeintervju..... | 18 |
| Resultater..... | 21 |
| Undersøkelsene | 21 |
| Innføring av nye samhandlingsrutiner..... | 32 |
| Fokusgruppeintervju med pleiepersonale i hjemmebasert omsorg | 35 |
| Diskusjon..... | 42 |

| | |
|--|----|
| Utvalg | 42 |
| Oral helse og oral helsereelatert livskvalitet blant brukere av hjemmebasert omsorg..... | 42 |
| Holdninger til og kunnskap om tann- og munnhelse blant pleiepersonell i hjemmebasert omsorg..... | 44 |
| Nye samhandlingsrutiner..... | 44 |
| Fokusgruppeintervju med pleiepersonale i hjemmebasert omsorg | 45 |
| Konklusjon | 47 |
| Overføringsverdi og forslag til tiltak..... | 48 |
| Referanser..... | 49 |
| Vedlegg | 52 |

Forord

«Fylkestannlegen er glad for at vi har klart å gjennomføre et prosjekt over 3 år med en kommunalt ansatt tannpleier i Hamar kommune. Jeg vil benytte anledningen til å takke Hamar kommune som har hatt prosjektlederansvaret og arbeidsgiveransvaret for en tannpleier inne i sektor for hjemmebasert omsorg. Prosjektet bygger videre på pilot som ble gjennomført i Elverum 2013-2014 med fokus på å øke andelen brukere med vedtak om hjemmebasert omsorg, fri tannbehandling. I tillegg har det vært viktig å kartlegge tannhelsesituasjonen hos brukerne og parallelt utvikle et godt kompetansegrunnlag hos pleierne innen hjemmebasert omsorg i forhold til tannhelse. Et viktig poeng, etter fylkestannlegens oppfatning er viktigheten av at tannpleier er med i kartleggingsmøtene for å avdekke behov for individuell plan. Dette kan bidra til at flere gjøres oppmerksom på sine rettigheter om fri tannbehandling og i neste omgang at flere eldre benytter seg av dette tilbudet. Rapporten kan være et godt arbeidsdokument for å legge til rette for flere tannpleiere til kommunen (jmfør Stortingsvedtak i juni 2017, her ba Stortinget regjeringen om å utrede tannpleiere ute i kommunene). Jeg håper at rapporten bidrar til at det blir naturlig og ansatte tannpleiere i kommunal helse- og omsorgstjeneste for å bedre tjenestetilbudet for denne gruppen og bedre samhandlingen mellom kommune og tannhelsetjenesten til det beste for pasientene. Vil samtidig takke prosjekttannpleier Kristin Lund Forren og de øvrige deltakerne for bidrag til gjennomføring av prosjektet.»

Claes Næsheim

Fylkestannlege Hedmark

Bakgrunn for prosjektet

I 2012 ble tannhelsetjenesten invitert til å bli med i et forprosjekt under hovedprosjektet «5 kommuner i samhandling». (Stor-Elvdal, Engerdal, Trysil, Åmot og Elverum). En konsekvens av forprosjektet var et forslag fra ledelsen i helse- og omsorgstjenesten om å prøve ut en ordning med kommunalt ansatt tannpleier for å bedre det tverrfaglige samarbeidet. Forslaget ble støttet av fylkestannlegen i Hedmark. Fylkestannlegen søkte i desember 2012 Helsedirektoratet om tilskuddsmidler til prosjekt kommunal tannpleier i Elverum. Søknaden ble innvilget. Prosjekttannpleier ble da ansatt i tannhelsetjenesten, men med arbeidsfelt i kommunen. Det viste seg da at tannpleieren ble lite implementert i den kommunale tjenesten. Prosjektet strandet i desember 2014.

Fylkestannlegen i Hedmark tok da kontakt med helse- og omsorgssjef Vigdis Galaaen, som sammen med Berit Kalland fra utviklingssenter for hjemmebasert omsorg viste interesse for å gjennomføre prosjektet i Hamar kommune. Det ble poengtert viktigheten av at prosjektet skulle forankres i kommunen, og at prosjektleder og prosjekttannpleier skulle være ansatt i kommunen. Fylkestannlegen var fortsatt ansvarlig for søknad om tilskudd fra Helsedirektoratet, og Tannhelsetjenestens kompetansesenter Øst (TkØ) skulle bidra med forskningsressurser og rådgivende kompetanse. Samarbeidsavtale mellom partene ble inngått og prosjektplan skrevet. Bakgrunnen for at Hamar kommune takket ja til deltagelse var kommunens fokus på en helhetlig og god helse- og omsorgstjeneste.

Sammendrag

Hamar kommune har vært vertskap for et treårig prosjekt hvor det har vært ansatt en tannpleier i kommunen. Bakgrunnen for prosjektet var resultater fra et forprosjekt i Elverum kommune, gjennomført av tannhelsetjenesten og pleie, rehabilitering og omsorgsavdelingen i kommunen i 2012. Her ble det avdekket mangelfulle rutiner for å sikre den orale helsen til brukere av hjemmebasert omsorg. I tillegg fant man indikasjoner som viste at pleiepersonellet oppfattet brukernes tann- og munnstell som bedre ivaretatt enn det i realiteten er [1].

I Prosjekt Kommunal Tannpleier-samhandling mellom hjemmebasert omsorg og tannhelsetjenesten var hovedmålet å styrke samhandling på tvers av tjenestenivå og utvikle kompetanse, rutiner og kvalitetssikring innen den kommunale helse- og omsorgstjenesten som omhandler tann- og munnstell.

I prosjektperioden har en tannpleier vært ansatt i kommunen og jobbet sammen med ansatte i hjemmebasert omsorg i sone 1, distrikt Sentrum. I perioden som denne tannpleieren har vært ansatt i kommunen har det vært gjennomført en kartlegging av brukernes orale helse.

Tannpleier har regelmessig holdt undervisning for de ansatte i hjemmebasert omsorg i distriktet. De ansatte i hjemmebasert omsorg har besvart et spørreskjema som omhandlet holdninger, rutiner og kunnskap om oral helse hos eldre. Spørreskjemaet ble besvart før og etter undervisningen utført av tannpleier. I tillegg har det vært gjennomført gruppeintervju av pleierne hvor en forsker ansatt i Tannhelsetjenestens kompetansesenter Øst gjennomførte intervjuene med tannpleieren som observatør.

Brukerne av hjemmebasert omsorg som ble inkludert i denne studien hadde forholdsvis god oral helse. På bakgrunn av vedtak om kommunale tjenester fra hjemmebasert omsorg har mange brukere rett til gratis tannhelsetjenester. Det viser seg at kun halvparten av brukerne kjenner til denne rettigheten, og bare ca. 60% av brukerne går regelmessig til tannhelsekontroller. Over halvparten av de som regelmessig går til tannhelsekontroll benytter privat tannlege. Selv om brukeren hadde tilfredsstillende oral helse ble det likevel avdekket utfordringer rundt spise- og tyggefunksjoner.

Pleiepersonellet i denne studien hadde generelt positive holdninger til tann- og munnstell, men oppga å ha behov for mer kunnskap, både i utdanning og på arbeidsplassen. Et

overraskende funn er at brukerne i stor grad vegrer seg for å snakke om tenner og å vise frem tenner og munnhule til pleiepersonellet, men når tannpleier kommer på besøk gaper de villig og har mye å snakke om når det gjelder sin orale helse. Det kan virke som om det er en oppfatning ikke bare blant de ulike yrkesutøverne men også blant befolkningen at det er tannhelsepersonell som har monopol på oppgaven med å se i munnhulen [2]. Opplæringen som ble gjennomført i prosjektsonen ble positivt mottatt av de ansatte og det ser ut til å ha effekt på egen rapportert kunnskapsnivå hos de ansatte i hjemmebasert omsorg. Når det gjelder holdninger til tann- og munnstell har det ikke blitt funnet noen signifikante forskjeller etter at prosjektet ble avsluttet.

Prosjektet har ført til endringer i hjemmebasert omsorg. Ny rutine for å dokumentere hvilke brukere som takker ja og nei til tannhelsetilbudet er innført. En av de ansatte i hver sone i hjemmebasert omsorg har fått oppgaven med å være tannhelsekontakt som skal følge opp tilbudsskjema fra tannhelsetjenesten og personen skal bidra til opplæring av nyansatte. Endringer i rutiner samt tilstedeværelsen av tannpleier i tjenesten har vært viktig for tjenestenes gjensidighet, kunnskap og respekt.

Det er i dag lite dokumentasjon om brukernes orale helse i journalene i hjemmebasert omsorg. Under gruppeintervjuene kom det frem at elektronisk kommunikasjon er en viktig del for å bedre samhandlingen mellom den offentlige tannhelsetjenesten og hjemmebasert omsorg. Det er slik hjemmetjenesten i dag kommuniserer med fastlegene og spesialisthelsetjenesten.

Innledning

Oral helse hos de eldre i hjemmebasert omsorg

Populasjonen av eldre øker raskt over hele verden, også i Norge [3, 4], og det forventes derfor en betydelig økning i behovet for ulike helse- og omsorgstjenester for denne gruppen av brukere i fremtiden [5]. Tidligere var disse pasientene som oftest tannløse, men nå bevarer stadig flere sine egne tenner livet ut, ofte med komplekse tannerstatningsløsninger som medfører nye, økte og mer teknisk krevende behandlingsbehov [6]. Samtidig er dårlig oral helse hos eldre også en økende internasjonal utfordring [7]. Konsekvenser av dårlig oral helse kan føre til alvorlig sykdom, store smerter samt ha negative følger både for ernæring og psykososiale aspekter, som evnen til å snakke og interagere sosialt [8]. Bakterier fra munnhulen kan spres i kroppen via luftveiene eller blodbanen og akkumulasjon av dentalt plakk er assosiert med blant annet lungebetennelse, ukontrollert diabetes, kardiovaskulær sykdom, kronisk lungesykdom og prematur død [9]. Flere studier har også vist at oral helse spiller en viktig rolle for livskvaliteten i livets siste fase [10-13]. Forebygging av orale sykdomstilstander er derfor viktig og kan spare pasienten for unødvendig smerte, invasiv behandling som kan spare samfunnet for unødvendige behandlingskostnader. Dårlig oral helse er i stor grad mulig å forebygge ved hjelp av forbedret oral hygiene, som videre kan forbedre den generelle helsetilstanden til medisinsk kompromitterte pasienter [14, 15]. Mange eldre pasienter har medisinske tilstander som for eksempel artritt, lammelser og kognitive svekkelser som gjør det umulig selv å opprettholde og prioritere en god munnhygiene. Nedsatt finmotorikk eller kognitiv svekkelse kan gjøre vedlikehold av egen oral hygiene umulig [16]. For disse pasientene er det særlig viktig å få den nødvendige rutinemessige oppfølgingen de har behov for.

Brukere av hjemmebaserte helse- og omsorgstjenester, som har institusjonsopphold eller pleie av hjemmebasert omsorg i sammenhengende 3 måneder eller mer og minimum 1 gang i uken, skal gis tilbud om vederlagsfrie tannhelsetjenester, inkludert eventuelle utgifter til tanntekniske arbeider, så lenge oppholdet i pleien vedvarer. Kommunehelsetjenesten har på sin side gjennom kommunal- og omsorgstjenesteloven ansvar for å tilrettelegge for samhandling med blant annet tannhelsetjenesten. De har også ansvar for å gi informasjon om tilbud fra tannhelsetjenesten til brukere av hjemmebaserte pleie- og omsorgstjenester. Til tross for dette er det på landsbasis kun en av fire som har rettigheter, som ble undersøkt/behandlet i

2015 (KOSTRA). Mange eldre mister dessverre kontakt med tannhelsetjenesten. Årsaken synes å være sviktende helse, tilgjengelighet til tannklinikken og svak økonomi [17, 18].

Tannhelsefaglig opplæring for ansatte i pleie- og omsorgstjenesten.

For å unngå problemer med tann- og munnhule trenger brukerne veiledning og hjelp både fra pleiepersonell og tannhelsepersonell [18]. Likevel kan det se ut til at oppfølging på oral helse blant brukere av hjemmebasert omsorg er utilfredsstillende [1]. Mangel på kommunikasjon mellom tjenestene og mangel på kunnskap om oral helse rapporteres som barrierer for god oppfølging av oral helse hos personer som mottar hjemmebasert omsorg [19]. Etter tannhelsetjenesteloven [20] skal den offentlige tannhelsetjenesten i fylkeskommunen gi opplæring i tann- og munnstell til blant annet pleiepersonalet i pleie- og omsorgstjenesten. Til tross for dette er oppdatert odontologisk undervisning og etterutdanning for ansatte i pleie- og omsorgstjenesten begrenset [19], og kunnskapsnivået blant pleiere er varierende [21]. Spesielt gjelder dette med hensyn til munnstell hos brukere med motoriske eller kognitive svekkelser [22]. Det kan være mange grunner til at opplæring av pleiepersonalet i pleie og omsorgstjenesten er mangelfull. I dag er det ofte slik at tannhelsetjenesten tilbyr undervisningsopplegg for pleie- og omsorgstjenesten, men ikke alltid lykkes å nå frem. En utfordring som ofte blir trukket frem er vanskeligheter med å legge opplæring inn i en ellers hektisk og fragmentert hverdag. En undersøkelse i Vestfold konkluderte blant annet med at ved å gi pleiepersonalet undervisning i tann- og munnstell, og veilede dem i å bruke denne kunnskapen er det mulig å oppnå en bedre oral helse blant brukere av hjemmebasert omsorg. Ved å holde undervisning ser det ut til at ansatte i tjenesten har mer fokus på oral helse. Utfordringen viser seg å være å holde det ved like. Det kan også se ut som om i de tilfeller der brukere får hjelp dokumenteres det ikke [23].

Samhandling mellom tannhelsetjenesten og pleie -og omsorgstjenesten

Samhandling på tvers av helsetjenester er nødvendig for å sikre et helhetlig pasientforløp, og tannhelsetjenesten er i denne sammenhengen en viktig samhandlingspart for å sikre livskvalitet med tanke på ernæring og velvære hos brukerne i hjemmebasert omsorg [18, 19]. Samhandlingsreformen [24] har forsøkt og å optimalisere og effektivisere samhandling mellom aktører i helsetjenesten på et overordnet nivå. Regjeringen ønsker å sikre et bærekraftig, helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud av god kvalitet, med høy pasientsikkerhet og tilpasset den enkelte bruker. Det skal legges økt vekt på helsefremmende og

forebyggende arbeid, på habilitering og rehabilitering, på økt brukerinnflytelse, på avtalte behandlingsforløp og forpliktende samarbeidsavtaler mellom aktørene. Det fremmes at fokuset skal være å forebygge fremfor å behandle, og sette inn eventuell behandling i en tidligere fase. Bedre samhandlingen på tvers av profesjonene løftes også i reformen.

Tannhelsetjenesten og pleie- og omsorgstjenesten er i dag organisert på to ulike forvaltningsnivåer. Dette fører til en silotenkning og er utfordrende for koordinering av ulike tjenester. Det er avdekket mangel på kommunikasjon og retningslinjer mellom tannhelsetjenesten og pleie- og omsorgstjenesten [19, 25]. Studier har pekt på mangel på kunnskap om hverandres profesjonsutøvelse og organisatoriske forhold som barrierer for samhandling på tvers av helsetjenester [26]. Tiltak som kan fremme gjensidighetskunnskap og likeverdighetstankegang mellom tjenester og profesjoner er hospiteringer på tvers av nivåer, teamorganisering og samlokalisering [26]. På systemnivå er det optimalt viktig med samarbeidsavtaler, faste rutiner og prosedyrer som kan sikre et mer helhetlig og likt tjenestetilbud til brukerne [27]. Behovet for IKT-systemer for bedre samhandling er også løftet opp som forutsetning for samhandling. Med informasjonsteknologi på tvers av de ulike tjenestene vil det være lettere å utveksle nødvendig informasjon. Dette kan legge til rette for økt- kvalitet og trygghet rundt pasient/bruker samt og gjøre de ulike arbeidsprosessene mere effektive [25, 28].

Organisering av hjemmebaserte pleie- og omsorgstjenester og Tannhelsetjenesten

Hjemmebasert omsorg

Hjemmebasert omsorg består av hjemmesykepleie og hjemmehjelp i egen bolig, trygdebolig eller omsorgsbolig, og skal være tilpasset brukerens behov. Tjenestene skal være tilpasset slik at trivsel, velvære, funksjonsnivå og helsetilstand blir tatt hensyn til. Dette gjøres i tett samarbeid med bruker, pårørende og helsepersonell. Hjemmesykepleie brukes som et felles begrep for all sykepleie som blir utført i brukernes hjem uavhengig av om pleien blir utført av en sykepleier eller annet helsepersonell. Alle som mottar hjemmesykepleie har et vedtak som beskriver hvilken helsehjelp de har behov for. Har de vedtak på hjelp til personlig hygiene vil dette også innebære hjelp/veiledning til tann- og munnstell [29].

I Hamar kommune er hjemmebasert omsorg organisert i tre distrikter. I hvert distrikt er det ansatt en tjenestekoordinator som har ansvar for behandling av søknader og tildeling av tjenester i hjemmebasert omsorg. Det er tjenestekoordinatoren som har førstegangskontakt, og

kontakten med andre tjenestetilbud. I tillegg har tjenestekoordinator ansvar for å videreutvikle gode rutiner for samarbeid og samhandling [30]. Alle brukere får oppnevnt en primærkontakt. Distriktene er videre delt inn i tre soner. I hver sone er det ansatt en soneleder som har ansvar for personal, administrative, faglige og økonomiske oppgaver. Hver sone består av to arbeidslag med sykepleiere, vernepleiere, helsefagarbeidere, hjelpepleiere og hjemmehjelpere og assistenter. Pasient/brukers diagnose avgjør hvilken sone og arbeidslag de tilhører. I hvert arbeidslag er det en arbeidslagsleder som har det daglige ansvaret rettet mot brukerne.

Verktøy som ligger til grunn for vedtak om hjelpetiltak

Alle pasienter/brukere av hjemmebasert omsorg skal kartlegges ut fra funksjonsnivå og behov for bistand. Kartleggingen med inntakssamtale, samtale med pårørende, IPLOS, epikriser, og pleiepersonalets opplysninger danner grunnlag for et vedtak. I tillegg blir bruker vurdert etter score fra dagliglivets aktiviteter (ADL). Dette resulterer i et vedtak med en individuell tiltaksplan for den hjelpen som skal gis. Den skal bidra til kontinuitet i pleien. Tiltaksplanen er et juridisk dokument. Det er viktig at vurderingen blir gjort jevnlig for å kunne endre tiltaksplanen ved endring i helsetilstand.

Tabell 1 Arbeidsrutiner og verktøy i hjemmebasert omsorg Hamar kommune

| Verktøy | Formål | Hensikt |
|---|--|---|
| IPLOS (Individbasert helse- og omsorgsstatistikk) | Sentralt helseregister, verktøy for dokumentasjon, rapportering og statistikk | Kartlegger og danner grunnlag for hvilke ressurser og behov for hjelp pasient/bruker må ha til ulike aktiviteter i dagliglivet |
| ADL (dagliglivets aktiviteter) | Brukes til å beskrive pasient/brukes funksjonsnivå | Kartlegger pasient/brukers behov for hjelp til dagliglivets gjøremål |
| Gerica | Elektronisk pasientjournalssystem til bruk i kommunal helse- og omsorgstjeneste | Omfatter sentrale funksjoner for saksbehandling, oppfølging av pasient/bruker og administrative oversikter for virksomheten |
| Tverrfaglig kartlegging pasient/bruker | Kvalitetsikre at pasient/bruker skal få lik og tilfredsstillende tverrfaglig planlegging for å kunne utforme riktig tjenestetilbud | Sikre at pasient/bruker får den hjelpen de har behov ut fra egen mestring, tidlig innsats og hva som er viktig for pasient/bruker |
| Ernæringskartlegging | Kvalitetsikre at pasient/bruker får kartlagt sin ernæringsstatus | Sikre at pasient/bruker ikke blir feilernært og finne ut hvilke faktorer som er årsaken, for eksempel tann- og munnehelse |

Tiltaksplan

En tiltaksplan synliggjør planlagt, iverksatt og evaluert sykepleie, og velges ut fra standardiserte tiltakscodeverk i Geric, IPLOS og ADL. Den skal bidra til kontinuitet i pleien og være formulert slik at alle kan følge den. Tiltaksplanen er et juridisk dokument. Det er viktig at vurderingen blir gjort jevnlig for å kunne endre tiltaksplanen ved endringer i helsetilstand.

Den offentlige tannhelsetjenesten

Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT) er organisert i fylkeskommunen. Tannhelsetjenesten i Hedmark ledes av fylkestannlegen. Denne er ansvarlig for planlegging og samordning av tannhelsetjenesten, som er inndelt i tre distrikter. I hvert distrikt er det en overtannlege som har det overordnede plan-, fag-, økonomi- og personalansvaret for distriktet. Hver klinikk har en klinikkleder som har ansvar for den daglige driften på klinikken. På klinikken jobber tannleger, tannpleiere, tannhelsesekretærer og renholder.

Relevante Lover og forskrifter**Lov om tannhelsetjenesten**

I Norge består tannhelsetjenesten av en offentlig og en privat sektor. DOT er underlagt lov om tannhelsetjenester. DOT skal organisere et forebyggende tiltak for hele befolkningen. Den skal gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til blant annet grupper av eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie som har rett til nødvendig tannhelsehjelp.

Tannhelsetjenesten skal gi den som søker eller trenger tannhelsehjelp de opplysninger vedkommende trenger for å ivareta sin rett, og se til at det ikke påføres unødig utgift eller tap.

Lov om tannhelsetjenester regulerer også retten til gratis tannhelsetjenester.

Dette innebærer at brukere av hjemmebasert omsorg som har vedtak etter Helse- og omsorgstjenesteloven §3-2 punkt 6 bokstav a eller c har rett til gratis tannhelsetjenester i offentlige tannhelsetjeneste. Rettigheten trer i kraft ved hjelp minimum 1 gang i uken utover 3 måneder [20].

Forskrift om kvalitet i helse- og omsorgstjenesten (2003), og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (2016)

Forskriftene sikrer at personer som mottar helse- og omsorgstjenester etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven får ivaretatt sine grunnleggende behov, med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel.

Formålet er å bidra til faglig forsvarlig helse- og omsorgstjenester. Forskriftene skal sikre kvalitetsforbedring i arbeidet, pasient- og brukersikkerhet, samt at ulike krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves. Forskriftene skal bidra til å gi den som har det overordnede ansvaret for virksomheten et godt verktøy gjennom tydeligere tjenestetilpassede krav, og at helse- og omsorgstjenester som tilbys og ytes skal være forsvarlige.

Forsvarlighetskravet gjelder på alle nivåer i helse- og omsorgstjenester, både i privat og offentlig sektor. Kravet til forsvarlighet rettes mot virksomheter og omfatter en plikt til å tilrettelegge tjenestene så personell som utfører tjenestene skal være i stand til å utøve sine lovpålagte plikter slik at den enkelte pasient/bruker får et helhetlig og koordinert tjenestetilbud. I forskrift om kvalitet i helse- og omsorgstjenesten §3 beskrives pleiepersonellens ansvar, her står det blant annet at det er pleiepersonellet som skal ivareta det daglige tann- og munnstell til brukere som trenger hjelp til dette. Videre står det at det er Dots ansvar å gi opplæring i tann og munnstell til helse- og omsorgspersonell. Dette er viktig og viser helsepersonellens ansvar for å sikre tann- og munnhelsen til brukere av hjemmesykepleien, og at DOT har ansvar for opplæring [31, 32].

Formål

Integrering av en tannpleier i kommunen

En tannpleier ble ansatt i 50% stilling i Hamar kommune, og har hatt tilholdssted med eget kontor tilhørende hjemmebasert omsorg, distrikt Sentrum.

Første periode av prosjektet var kommunal tannpleier med pleierne rundt som assistent.

Hensikten var å lære tjenesten å kjenne, hvem er brukere av hjemmebasert omsorg, og hvilke arbeidsoppgaver en pleier i denne tjenesten har.

Prosjektets mål

Styrke samhandling på tvers av tjenestenivå og utvikle kompetanse, rutiner og kvalitetssikring innen den kommunale helse- og omsorgstjenesten som omhandler tann- og munnstell.

Delmål:

- Kartlegge kunnskap og holdninger om oral helse hos pleierne
- Kartlegge oral helse hos brukere av hjemmebasert omsorg
- Tilrettelegge for bedre samhandling ved å integrere en tannpleier i helse- og omsorgstjenesten
- Tilrettelegge for bedre samhandling ved å styrke kontakten med tannhelsekontaktene
- Kvalitetssikre rutiner rundt tilbud om gratis tannhelsetjenester
- Utvikle kompetansehevende tiltak på oral helse i helse- og omsorgstjenesten

Forankring av prosjektet

Prosjektet var et samarbeid mellom Helse- og omsorgstjenesten Hamar kommune, distrikt Sentrum sone 1, Tannhelsetjenesten i Hedmark fylkeskommune og TkØ. Prosjektet har fått tilskuddsmidler fra Helsedirektoratet. Det er kommunal tannpleier som har gjennomført prosjektet i tett samarbeid med prosjektgruppen (tabell 2), og jevnlig møter i styringsgruppa (tabell 3). TkØ har bistått med kartleggingsverktøy, dataanalyse og projektrapporten. I tillegg har det i siste delen av prosjektet blitt gjennomført flere fokusgruppeintervjuer med tjenesten. Dette ble ledet av og gjennomført av TkØ i samarbeid med prosjektgruppen. Vi har holdt oss til prosjektplanen som er godkjent av styringsgruppen.

| Tabell 2 Prosjektgruppe | |
|----------------------------------|---|
| Berit Kalland | Prosjektleder |
| Hilde Søberg | Mentor fra tannhelsetjenesten |
| Randi Vikane Kongstorp | Prosjektmedarbeider, soneleder i prosjektsonen |
| Kristin Lund Forren | Tannpleier ansatt i 50 % prosjektstilling i Hamar kommune |
| Vibeke Ansteinsson og Ewa Hovden | Rådgivende samarbeidspartner, TkØ |

| Tabell 3 Styringsgruppe | |
|-------------------------|---|
| Vigdis Galaen | Helse- og omsorgssjef Hamar kommune |
| Claes Næsheim | Fylkestannlege Hedmark fylke |
| Berit Kalland | Rådgiver Helse- og omsorgstjenesten Hamar kommune |
| Hilde Søberg | Folkehelserådgiver for tannhelsetjenesten Hedmark fylke |
| Kristin Lund Forren | Prosjekttannpleier Hamar kommune |

Metode

Utvalg

Prosjektsoner og kontrollsoner

Prosjektet ble forankret og gjennomført i hjemmebasert omsorg Hamar kommune, sone 1, distrikt Sentrum, (prosjektsonen). Prosjektsonen har ansatte i ulike stillingsprosenter. Personalgruppa består av sykepleiere, helse- og omsorgsarbeidere, hjelpepleiere og assistenter. Dette er en sentrumsnær sone med boligblokker og tettbebyggelse. Antall brukere er varierende, og ved prosjektets begynnelse var det 84 brukere. Sone 1, distrikt Vang var kontrollsonen i spørreundersøkelsen til ansatte. Kontrollsonen hadde ansatte i samme yrkesgrupper som prosjektsonen. Vang ligger nord/øst for sentrum i Hamar og omfavner både tettbebyggelse og jordbruksområder. Begge de involverte sonene er i Hamar kommune inntakssone for nye brukere, og for brukere med behov for hverdagsrehabilitering med fokus på hverdagsmestring.

Brukere av hjemmebasert omsorg

Deltakerne ble rekruttert av pleierne i de aktuelle sonene. De ble forespurt og informert om innholdet i studien og leverte skriftlig samtykke. De som takket ja skrev under på et samtykkeskjema. Eksklusjonskriterier som ble brukt i studien er overgang til andre helseinstitusjoner. Hvis helsepersonell vurderte at brukeren hadde for dårlig helsetilstand ble de også ekskludert fra studien. (Vedlegg 2 og 3).

Pleiepersonale i hjemmebasert omsorg

Ansatte sykepleiere, helse- og omsorgsarbeidere, hjelpepleiere og assistenter i de inkluderte sonene som arbeidet aktivt ute i pleie- og omsorgstjenesten ble forespurt og inkludert i studiet.

Undersøkelsene

Kartlegging av brukere i hjemmebasert omsorg

Kartleggingen av brukerne besto av en klinisk undersøkelse og et spørreskjema. I den kliniske undersøkelsen ble det registrert antall egne tenner, om brukeren hadde protese, samt belegg og slimhinneindex (BSI). Spørreskjema besto av spørsmål om munntørrehet, antall medisiner, om pleiere har spurt om oral helse, og om de ønsker hjelp. I tillegg er det spørsmål om retten til gratis tannhelsetjenester i kartleggingen. (Vedlegg 4). Som et ledd i opplæringen til pleiepersonell var de aktivt deltagende i kartlegging av brukerne. Det ble vist en film som

viser en munnhelseundersøkelse i forkant av kartleggingen hjemme hos brukeren.

<https://www.youtube.com/watch?v=wpMRzyv3QIs>

Oral helserelatert livskvalitet blant brukere av hjemmebasert omsorg

Verktøyet Geriatric/General Oral Health Assessment Index (GOHAI) ble brukt til å kartlegge oral helse og livskvaliteten til brukerne. GOHAI er et validert spørreskjema med 12 spørsmål som måler hvordan orale helseproblemer påvirker livskvaliteten med utgangspunkt i de tre siste månedene [33]. Det er brukt en 5-punkts Likert skala hvor 5=alltid, 4=ofte, 3=noen ganger, 2=sjelden, 1=aldri. Mulig sumscore varierer mellom 0-60, høy sumscore indikerer god oral helse. Deltagelse i kartleggingen var anonymt, det må likevel legges til grunn at det er kjent hvilket distrikt og sone brukerne tilhørte. Kartleggingskjemaene ble oppbevart i et låsbart skap under hele prosjektperioden og vil bli makulert når prosjektet er avsluttet (vedlegg 4)

Spørreundersøkelse blant pleiepersonale i hjemmebasert omsorg

Spørreundersøkelsen ble utført blant pleiepersonale i prosjektsonen og kontrollsonen. Spørreundersøkelsen ble utført rett etter prosjektstart september 2015 og våren 2017, ca. 2 år etter integreringen av tannpleieren i kommunen. I perioden fra 2015 til 2017 er det blitt gitt oral helseundervisning i prosjektsonen. Spørreundersøkelsene ble gjennomført i samme tidsrom i prosjektsonen og kontrollsonen. Kommunal tannpleier overleverte spørreundersøkelsen på papir, informasjon om spørreundersøkelsen og en lukket boks til å legge svarskjemaene. Spørreundersøkelsen var anonym. Den lå ute i 14 dager og det var soneleders ansvar å få ansatte til å gjennomføre. Besvarte spørreskjemaer ble oppbevart i et låsbart skap under hele prosjektperioden og vil bli makulert når prosjektet er avsluttet. (Vedlegg 1).

Spørreskjemaet som ble brukt ble utarbeidet i samarbeid med forskningsavdelingen på TkØ. Det samme spørreskjemaet ble brukt begge gangene. Spørreskjemaet var basert på lignende undersøkelser og inneholdt spørsmål om respondentens yrke, alder og antall år i yrke. Til sammen var spørreskjemaet satt sammen av 9 ulike spørsmål som omhandlet undervisning om tann- og munnhelse gitt under utdanning, kunnskap og holdninger til tann- og munnstell. I tillegg ble det spurt om opplevelse, kunnskap og mulighet til å utøve tann- og munnstell i arbeidssituasjonen. Spørreskjemaene ble utfylt i arbeidstiden til de ansatte.

Innføring av nye samhandlingsrutiner

Integrering av en tannpleier i kommunen

Tannpleieren ble ansatt i kommunen og inkludert i arbeidsmiljøet i sonen hvor hun jobbet. Tannpleieren reiste også rundt sammen med pleiepersonell og ble inkludert i deres arbeidshverdag.

Prosedyre – rett til gratis tannhelsetjenester

Prosedyren ble utarbeidet i samarbeid med prosjektgruppa, tannpleier fra Hamar tannklinikk og tannhelsekontaktene i hjemmebasert omsorg, distrikt Sentrum. I tillegg har fagutviklingssykepleier vært bidragsyter og kommet med innspill.

Prosedyren «Rett til gratis tannhelsetjenester» vises i vedlegg 5 og består av:

- Prosedyre til ansatte
- Informasjonsskriv til brukere av hjemmebasert omsorg
- Skjema «Rett til gratis tannhelsetjenester»
- Helseskjema fra tannklinikken
- Informasjonsskriv til de som mister «Rett til gratis tannhelsetjenester»
- Tilbakemeldingsskjema fra tannklinikken til hjemmebasert omsorg

Alle prosedyrer i helse- og omsorgstjenesten blir lagt inn i et kartotek som de ansatte har tilgang til. De ansatte har ansvar for å formidle prosedyren om gratis tannhelsetjenester til brukerne, og dokumenter dette i Geric. Det er tannhelsekontakten som påser at prosedyren blir fulgt, sender utfylt skjema til tannklinikken, og legger inn tilbakemeldinger fra tannhelsetjenesten inn i brukerens journal.

Det ble opprettet tannhelsekontakter i alle tre soner, utpekt av soneleder. Målet var å etablere rutiner for tannhelsekontakter. Det var videre ønskelig at tannhelsekontaktene er pådrivere og «passer på» at tann- og munnhelse følges opp.

Tannhelseundervisning for pleiepersonale i hjemmebasert omsorg

Tema og innhold i undervisningen ble laget etter ansattes ønske og resultater av spørreundersøkelsen. Undervisningen ble gjennomført inne på sonerommene og varte i 20-30 minutter. Det ble laget fire presentasjoner og alle ble holdt to ganger for å nå flest mulig. Det ble også lagt opp til diskusjon og refleksjon underveis i undervisningen.

Undervisningen fokuserte på 5 hovedtema:

- Tann- og munnhelse generelt (vedlegg 6)

- Hvorfor er tann- og munnhelse viktig (vedlegg 7)
- Aldring og oral helse (vedlegg 8)
- Munnstell (vedlegg 9)
- Munntørhet (vedlegg 10)

Det har underveis i hele prosjektperioden blitt diskutert ulike utfordringer. Case med brukerne som eksempel og hva som er skrevet i journal, ernæringskartlegging, og spørsmål fra pleierne har vært bakgrunnen for disse diskusjonene.

Arenaer for samhandling

Underveis i prosjektet har det blitt avholdt jevnlig møter i prosjektgruppen og styringsgruppen. Prosjektannpleier har også deltatt i arbeidslagsmøter, soneledermøte i distrikt Sentrum og deltatt tett på prosjektsonen i ulike møter, undervisning og rapporter.

Fokusgruppeintervju

For å få bedre innsikt i tjenestens perspektiv på samhandling med DOT, deres holdninger til oral helse hos brukere av hjemmebasert omsorg, og deres erfaringer med å ha en kommunal tannpleier på sin arbeidsplass har det i siste del av prosjektet blitt gjennomført en kvalitativ studie. Det ble gjennomført fire fokusgruppeintervjuer med de ansatte i hjemmebasert omsorg i alle tre distriktene i Hamar kommune. Intervjuene ble gjennomført i samarbeid med forsker fra TkØ. Datamaterialet og resultatene fra denne delen av prosjektet skal publiseres internasjonalt, derfor presenteres kun intervjuet med de ansatte fra sonen hvor prosjektet ble gjennomført i denne rapporten.

I den kvalitative delen av prosjektet ble ingen direkte personidentifiserende opplysninger eller bakgrunnsopplysninger som kan identifisere enkeltpersoner samlet inn. Intervjuene ble kun tatt opp som lydfil på en iPad. Intervjuguiden ble utformet slik at det ikke har fremkommet noen personopplysninger i opptaket og ingen personer kunne derfor indentifiseres i de elektroniske dataene. iPad-en har vært låst med passord, oppbevart i låsbar skuff og det er kun forskeren fra TkØ som har hatt tilgang til denne. Intervjuene ble transkribert og lydfilene ble slettet etter ferdig transkribering. Ingenting av det kvalitative materialet ble på noen tidspunkt koblet til det kvantitative datamaterialet. Hele kvalitative delen av prosjektet ble behandlet separat og uavhengig av resten av prosjektet. Etter de gjeldende retningslinjer fra NSD ble derfor prosjektet vurdert til ikke å være meldepliktig (NSD).

Respondentene ble tilfeldig valgt av sine ledere. Respondentene var både sykepleiere og helsefagarbeidere. Alle respondentene har fått skriftlig invitasjon til å delta i fokusgruppeintervju på forhånd av intervjuet. Invitasjonen hadde en standardutforming hvor bakgrunnen og hensikten med intervjuet, hva det innebærer å delta i fokusgruppeintervju, fordeler og ulemper med å delta, samt det at intervjuet blir tatt opp på en lydfil, og at det er frivillig å delta ble beskrevet (vedlegg 12). Den samme informasjonen ble gjentatt i starten av intervjuet.

Det ble i samarbeid med prosjektgruppen utformet en semistrukturert intervjuguide (vedlegg 13). Intervjuguiden besto av 4 hovedtema;

- Daglige rutiner
- Opplæring og kunnskapsheving
- Samhandling
- Erfaringer med kommunal tannpleier, kun for prosjektsonen

På slutten av intervjuet ble respondentene også gitt mulighet til å snakke om eventuelle andre tema de måtte ønske å dele med intervjuer. Der det falt naturlig, ble også både oppfølgingsspørsmål og andre spørsmål utover intervjuguiden stilt. Om diskusjonen dreide for mye utover det som var planlagt ble de på forhånd bestemte spørsmålene brukt av intervjuer til å få diskusjonen tilbake på «riktig spor».

Intervjuet ble gjennomført av forskeren fra TkØ. Intervjueren har fra før noe erfaring med å gjennomføre denne type studie. Hun har jobbet med tematikken, og har kjennskap til tjenesten og samhandlingen mellom DOT og hjemmebasert omsorg. Intervjueren har ikke deltatt i prosjektet og deltakerne hadde ikke kjennskap til intervjueren før intervjuet. I tillegg ble 2 observatører med på intervjuene. Den kommunale tannpleieren var med på alle intervjuene. Observatørene har notert sine observasjoner av gruppen og gruppedynamikken. Siden den kommunale tannpleieren var til stede som observatør og hadde relasjoner til noen av respondentene, vil hennes nærvær naturlig nok ha betydning og vil kunne påvirke måten deltakere har svart på spørsmålene som ble stilt. Samtidig opplevde intervjueren at nærvær av kjente personer påvirket gruppen på en positiv måte og samtalen gjennomført i sonen hvor prosjektet ble gjennomført fløt lett og alle var villige til å dele sine erfaringer.

Lydfiler ble transkribert (ordrett transkripsjon). Transkribering og analysen ble gjennomført av forskeren fra TkØ som også har intervjuet respondentene. Lydfilene ble gjennomgått 3 ganger for å sikre seg riktig transkribering av materialet. Resultatene ble presentert og diskutert med prosjektgruppen. Ingen var uenig med måten materialet ble gjennomarbeidet på og alle var enige med analysen og sluttkonklusjonen.

Resultatene som presenteres her baseres på ett fokusgruppeintervju med 6 respondenter.

Første trinnet i analyseprosessen dreier seg om å skape et helhetsinntrykk av teksten [33].

Metoden som ble valgt videre til å analysere materialet er utarbeidet av A. Tjora og heter SDI, stegvis deduktiv induktiv metode. Denne metoden gir mulighet til i størst mulig grad å ta vare på empirien i materialet. Ved å bevare empirien, kan man finne ut hva som er det mest interessante og typiske for dette intervjuet. Man kan skille mellom det som er det sentrale og det som er mer perifert. Materialet ble systematisk bearbeidet. Det ble først kodet (med empirinære merkelapper dvs. begrepene som fantes i datamaterialet), kodene ble så sortert (rekontekstualisering), og gruppert i hovedtemaer. Materialet er videre diskutert og presentert i forhold til forskerens egen forforståelse. I tillegg er det tatt hensyn til observasjoner fra observatørene som var tilstede under intervjuene. Resultatene fra intervjuene er kun basert på 6 respondenter, og kan ikke si noe om det generelle perspektivet på samhandling med DOT. Resultatene kan ikke generaliseres, men det var heller ikke meningen med denne kvalitative forskningen.

Resultater

Undersøkelsene

Kartlegging av brukere i hjemmebasert omsorg

I prosjektsonen ble det totalt kartlagt 38 brukere av hjemmebasert omsorg, hvorav 63% kvinner og 37% menn. Gjennomsnittsalderen til brukerne var 88 år, med yngste bruker på 69 og eldste bruker på 101 år. 40% hadde kun egne tenner, 32% egne tenner og proteser og resten kun proteser. En tredjedel av brukerne hadde over 20 tenner i munnen, 24% hadde 10-19 tenner, 13% hadde 1-9 tenner og resten hadde ingen tenner (men brukte proteser). 58% oppga at de ikke opplevde å være munntørr. Hovedandelen av brukerne (84%) som ble kartlagt brukte mer enn 5 medikamenter daglig.

Tabell 4 Kliniske funn i kartleggingen - tannstatus og medikamenter

| 2015 | | Antall | % |
|------------------------------------|-------------------------|--------|--------|
| Kjønn | Kvinne | 24 | 63,2% |
| | Mann | 14 | 36,8% |
| | Total | 38 | 100,0% |
| Tannstatus - tenner | Kun egne tenner | 15 | 39,5% |
| | Egne tenner og proteser | 12 | 31,6% |
| | Protese | 11 | 28,9% |
| | Helt tannløs | 0 | 0,0% |
| | Total | 38 | 100,0% |
| Antall tenner (gruppert) | Ingen tenner | 11 | 28,9% |
| | 1-9 tenner | 5 | 13,2% |
| | 10-19 tenner | 9 | 23,7% |
| | 20 tenner eller mer | 13 | 34,2% |
| | Total | 38 | 100,0% |
| Plages du av å være tørr i munnen? | Ja | 16 | 42,1% |
| | Nei | 22 | 57,9% |
| | Total | 38 | 100,0% |
| Antall daglige medisiner | Ingen | 0 | 0,0% |
| | 1-4 | 6 | 16,2% |
| | Over 5 | 31 | 83,8% |
| | Total | 37 | 100,0% |

Kartleggingen av plakk og slimhinner tilsier at tann- og munnstell hos de brukerne som er kartlagt var tilfredsstillende (tabell 5). De aller fleste hadde intet belegg eller så vidt synlig belegg på tennene og hadde normalt utseende på gingiva. Mindre enn en tredjedel av de kartlagte brukerne hadde mild inflammasjon, og ingen hadde middels eller sterk inflammasjon.

Tabell 5 Kliniske funn i kartleggingen - plakk og slimhinner

| 2015 | | Antall | % |
|---------------------------------|------------------------------------|--------|--------|
| Beleggscore | Intet mykt belegg kan sees | 17 | 44,7% |
| | Så vidt synlig belegg | 15 | 39,5% |
| | Moderat mengde belegg | 6 | 15,8% |
| | Rikelig med belegg | 0 | 0,0% |
| | Total | 38 | 100,0% |
| Slimhinnescore | Normalt utseende gingiva/slimhinne | 29 | 76,3% |
| | Mild inflammasjon | 9 | 23,7% |
| | Middels inflammasjon | 0 | 0,0% |
| | Sterk inflammasjon | 0 | 0,0% |
| | Total | 38 | 100,0% |
| Belegg- og slimhinnescore (BSI) | BSI 2-4 | 34 | 89,5% |
| | BSI 5-6 | 4 | 10,5% |
| | BSI 7-8 | 0 | 0,0% |
| | Total | 38 | 100,0% |

Alle de kartlagte brukerne svarte at de pusset tenner regelmessig: Nesten alle pusset tenner daglig og kun en bruker oppga tannpuss mer enn 3 ganger per uke (tabell 6). De aller fleste oppga at de mestret tann- og munnstell selv. To brukere oppga å ikke klare munnstell selv, men kun én av brukerne oppga å få hjelp til oppgaven. På spørsmål om pleier har sett på brukers tenner svarte alle nei, og kun tre brukere oppga at pleier spurte om tannpuss.

Tabell 6 Kliniske funn i kartleggingen – tannpuss

| 2015 | | Antall | % |
|--|-----------------|--------|--------|
| Hvor ofte pusser du tenner per dag? | Daglig | 37 | 97,4% |
| | > 3 gnr per uke | 1 | 2,6% |
| | < 3 gnr per uke | 0 | 0,0% |
| | Total | 38 | 100,0% |
| Klarer du tann- og munnstell selv? | Ja | 36 | 94,7% |
| | Nei | 2 | 5,3% |
| | Total | 38 | 100,0% |
| Får du hjelp til tann- og munnstell? | Ja | 1 | 2,6% |
| | Nei | 37 | 97,4% |
| | Total | 38 | 100,0% |
| Ønsker du hjelp? | Ja | 7 | 18,9% |
| | Nei | 30 | 81,1% |
| | Total | 37 | 100,0% |
| Har noen av pleiepersonellet sett på dine tenner/munnhule? | Ja | 0 | 0,0% |
| | Nei | 38 | 100,0% |
| | Total | 38 | 100,0% |
| Spør pleiepersonellet om tenner og tannpuss? | Ja | 3 | 7,9% |
| | Nei | 35 | 92,1% |
| | Total | 38 | 100,0% |

På spørsmål om brukerne gikk regelmessig til tannhelsekontroller svarte over to tredjedeler ja (tabell 7). Av disse brukte under halvparten (42%) offentlig tannklinikk og mottok tilbud om gratis tannhelsetjenester, mens resten gikk til privat tannlege. Omtrent halvparten av brukerne oppga at de hadde fått informasjon om rettighetene i den offentlige tannhelsetjenesten, mens de resterende svarte at de ikke hadde fått slik informasjon, eller visste ikke om de hadde fått informasjon om rettigheten til gratis tannhelsetjenester.

Ved nærmere analyse av brukerne som hadde fått informasjon om rettigheter viser det seg at over 60% av disse gikk til tannhelsekontroll på den offentlige tannklinikken, mens alle av de som ikke har fått den samme informasjonen gikk til sin private tannlege.

Tabell 7 Kliniske funn i kartleggingen - tannhelsekontroll

| 2015 | | Antall | % |
|--|-----------|--------|--------|
| Går du regelmessig til tannhelsekontroll? | Ja | 25 | 67,6% |
| | Nei | 12 | 32,4% |
| | Total | 37 | 100,0% |
| Hvor går du til tannhelsekontroll. | Offentlig | 11 | 42,3% |
| | Privat | 15 | 57,7% |
| | Total | 26 | 100,0% |
| Har du fått informasjon om dine rettigheter til gratis tannbehandling i den offentlige tannhelsetjenesten? | Ja | 19 | 52,8% |
| | Nei | 14 | 38,9% |
| | Vet ikke | 3 | 8,3% |
| | Total | 36 | 100,0% |

Oral helsereelatert livskvalitet blant brukere av hjemmebasert omsorg

Kartleggingen av brukernes orale helse inneholdt 12 spørsmål om oral helse-relatert livskvalitet (tabell 8). De samme spørsmålene ble stilt i 2015 og 2017. Det var noe endring i deltakermaterialet, noen hadde falt fra og noen var nye deltakere i 2017. Totalt sett vurderte deltakerne sin orale helse som bedre i 2017 enn i 2015. 10 av de 12 påstandene fikk bedre score i 2017 enn i 2015.

De fleste følte sjelden eller aldri begrensninger i hva de kunne spise, eller begrensninger i tale eller sosial omgang på grunn av tann- og munnhelse. Ingen oppga at de ofte eller alltid brukte smertestillende medisiner på grunn av plager fra tenner eller munnhule. Den gjennomsnittlige sumscoren blant brukerne av hjemmebasert omsorg var 51,96 i 2015 og 55,79 i 2017.

Tabell 8. Oral helsereelatert livskvalitet for brukere av hjemmebasert omsorg

| | | 2015 | | 2017 | |
|---|---------------|------|-------|------|--------|
| | | n | % | n | % |
| Følt begrensning ved inntak av mat | sjelden/aldri | 17 | 70,8% | 17 | 89,5% |
| | av og til | 4 | 16,7% | 2 | 10,5% |
| | ofte/alltid | 3 | 12,5% | 0 | 0,0% |
| Problemer med bite/tygge hard/fast mat | sjelden/aldri | 13 | 54,2% | 11 | 57,9% |
| | av og til | 1 | 4,2% | 4 | 21,1% |
| | ofte/alltid | 10 | 41,7% | 4 | 21,1% |
| Svelge uten problemer | ofte/alltid | 16 | 66,7% | 16 | 84,2% |
| | noen ganger | 2 | 8,3% | 2 | 10,5% |
| | sjelden/aldri | 6 | 25,0% | 1 | 5,3% |
| Hindret fra å snakke/uttale ord pga tenner/proteser | sjelden/aldri | 23 | 95,8% | 19 | 100,0% |
| | av og til | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |
| | ofte/alltid | 1 | 4,2% | 0 | 0,0% |
| Kan spise det man vil uten ubehag | ofte/alltid | 20 | 83,3% | 15 | 78,9% |
| | noen ganger | 2 | 8,3% | 2 | 10,5% |
| | sjelden/aldri | 2 | 8,3% | 2 | 10,5% |
| Begrenset kontakt med andre pga tenner/proteser | sjelden/aldri | 23 | 95,8% | 19 | 100,0% |
| | av og til | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |
| | ofte/alltid | 1 | 4,2% | 0 | 0,0% |
| Fornøyd med utseende på tenner/proteser | ofte/alltid | 15 | 62,5% | 13 | 68,4% |
| | noen ganger | 2 | 8,3% | 2 | 10,5% |
| | sjelden/aldri | 7 | 29,2% | 4 | 21,1% |

| | | | | | |
|---|---------------|----|--------|----|--------|
| Bruker smertestillende pga smerter/plager i munn | sjelden/aldri | 24 | 100,0% | 19 | 100,0% |
| | av og til | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |
| | ofte/alltid | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |
| Bekymret over problemer med tenner/tannkjøtt/ proteser | sjelden/aldri | 18 | 75,0% | 18 | 94,7% |
| | av og til | 3 | 12,5% | 1 | 5,3% |
| | ofte/alltid | 3 | 12,5% | 0 | 0,0% |
| Nervøs/brydd pga problemer med tenner/tannkjøtt/ proteser | sjelden/aldri | 22 | 91,7% | 19 | 100,0% |
| | av og til | 1 | 4,2% | 0 | 0,0% |
| | ofte/alltid | 1 | 4,2% | 0 | 0,0% |
| Ubehag ved å spise med andre pga tenner/tannkjøtt/ proteser | sjelden/aldri | 21 | 87,5% | 19 | 100,0% |
| | av og til | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |
| | ofte/alltid | 3 | 12,5% | 0 | 0,0% |
| Smerte/ising i tenner/tannkjøtt ved å spise/drikke varmt/kaldt/søtt | sjelden/aldri | 18 | 75,0% | 16 | 84,2% |
| | av og til | 5 | 20,8% | 3 | 15,8% |
| | ofte/alltid | 1 | 4,2% | 0 | 0,0% |

Spørreundersøkelse blant pleiepersonale i hjemmebasert omsorg

Av totalt 44 ansatte svarte 33 (75%) på spørreundersøkelsen ved prosjektets start i 2015 (tabell 9). Respondentene var både sykepleiere, helse- og omsorgsarbeidere og ufaglærte helsearbeidere. Over halvparten var mellom 30 og 50 år, og 79% hadde vært i yrket i over 5 år. En tredjedel svarte også at de hadde hatt undervisning i oral helse under studiene. Andre runde av spørreundersøkelsen ble utført i 2017 med totalt 35 respondenter. I respondentgruppen fra 2017 var det færre som svarte «ja» og flere som svarte «vet ikke» på spørsmålet om undervisning i oral helse under studiene.

Tabell 9 Deskriptive data for undersøkelsen gjennomført 2015 og 2017 i to ulike soner i Hamar kommune. (Sone 1 er prosjektsonen, sone 2 er kontrollsonen)

| Soner | | 2015 | | | 2017 | | |
|-------------------|--|-----------------|-----------------|----------------|-----------------|-----------------|----------------|
| | | Sone 1 n (%) | Sone 2 n (%) | Total n (%) | Sone 1 n (%) | Sone 2 n (%) | Total n (%) |
| Alder | < 30 år | 6 (30,0) | 3 (23,1) | 9 (27,3) | 7 (33,3) | 1 (7,1) | 8 (22,9) |
| | Mellom 30 og 50 år | 11 (55,0) | 8 (61,5) | 19 (57,6) | 9 (42,9) | 10 (71,4) | 19 (54,3) |
| | > 50 år | 3 (15,0) | 2 (15,4) | 5 (15,2) | 5 (23,8) | 3 (21,4) | 8 (22,9) |
| Antall år i yrket | < 1 år | 1 (5,0) | 0 (0) | 1 (3,0) | 3 (14,3) | 0 (0) | 3 (8,6) |
| | Mellom 1 og 5 år | 4 (20,0) | 2 (15,4) | 6 (18,2) | 3 (14,3) | 2 (14,3) | 5 (14,3) |
| | > 5 år | 15 (75,0) | 11 (84,6) | 26 (78,8) | 15 (71,4) | 12 (85,7) | 27 (77,1) |
| Yrkesutdannelse | Sykepleier | 5 (25,0) | 7 (53,8) | 12 (36,4) | 6 (28,6) | 5 (35,7) | 11 (31,4) |
| | Fagarbeider (hjelpepleier e.l.) | 7 (35,0) | 5 (38,5) | 12 (36,4) | 9 (42,9) | 5 (35,7) | 14 (40,0) |
| | Ufaglært helsearbeider | 7 (35,0) | 1 (7,7) | 8 (24,2) | 5 (23,8) | 3 (21,4) | 8 (22,9) |
| | Annet | 1 (5,0) | 0 (0) | 1 (3,0) | 1 (4,8) | 1 (7,1) | 2 (5,7) |
| | Hadde du undervisning om tannhelse i din utdanning? | Ja | 13 (65,0) | 8 (61,5) | 21 (63,6) | 14 (66,7) | 2 (14,3) |
| | Nei | 5 (25,0) | 4 (30,8) | 9 (27,3) | 5 (23,8) | 7 (50,0) | 12 (34,3) |
| | Vet ikke | 2 (10,0) | 1 (7,7) | 3 (9,1) | 2 (9,5) | 5 (35,7) | 7 (20,0) |

Videre ble pleiepersonalet spurt om i hvilken grad de føler at de har mulighet til å utføre tann- og munnstell på brukerne (tabell 10). De færreste mente at de ikke hadde tid til å utføre oppgaven. Når det gjelder egen kunnskap om tann- og munnstell svarte 42% «hverken eller» i 2015, mens 45% mente de hadde kunnskap nok.

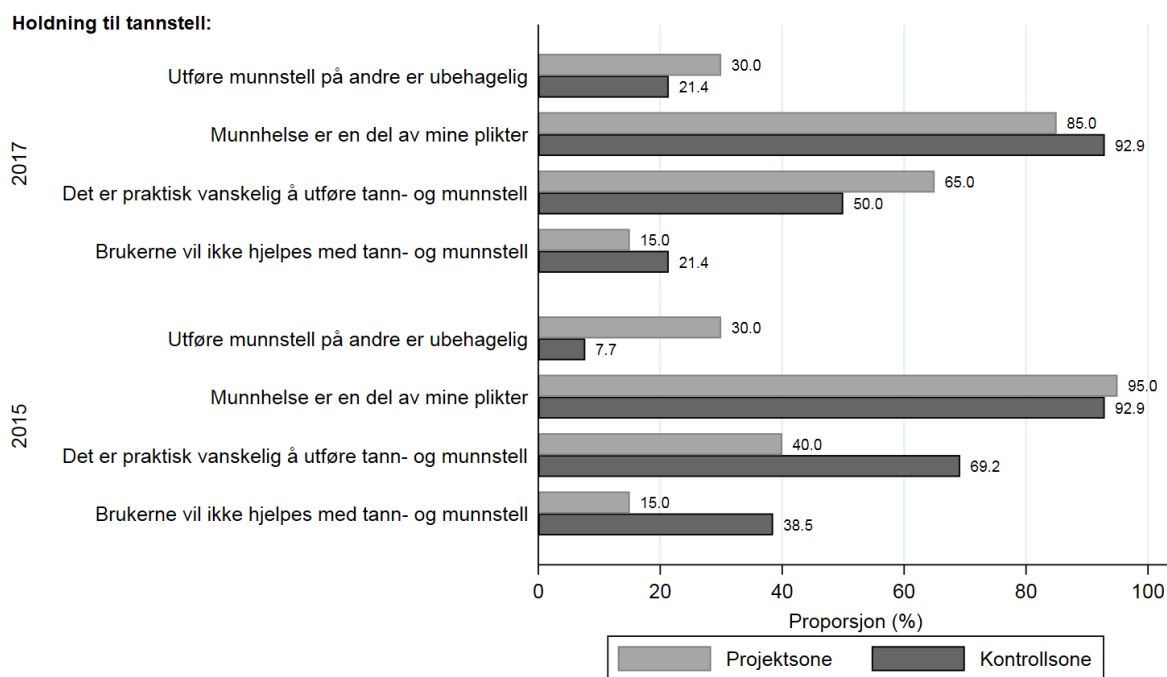
Hovedtyngden av de som svarte mente at de har nok utstyr til å gjennomføre tann- og munnstell. En tredjedel (33%) mente de var i stand til å gi råd til brukerne, 45% svarte «hverken eller» på denne påstanden, mens 21% mente de ikke kunne gi råd om tann- og munnstell til brukerne.

Når det gjelder å påvirke brukere som ikke vil ha hjelp til tann- og munnstell mente 33% at de kunne påvirke brukere som motsetter seg hjelp, mens 15% mente de ikke kunne påvirke de brukerne som ikke ønsker å få hjelp.

Tabell 10 Mulighet for utførelse av tann- og munnstell gjennomført 2015 og 2017 i to ulike soner i Hamar kommune. (Sone 1 er prosjektsonen, sone 2 er kontrollsonen)

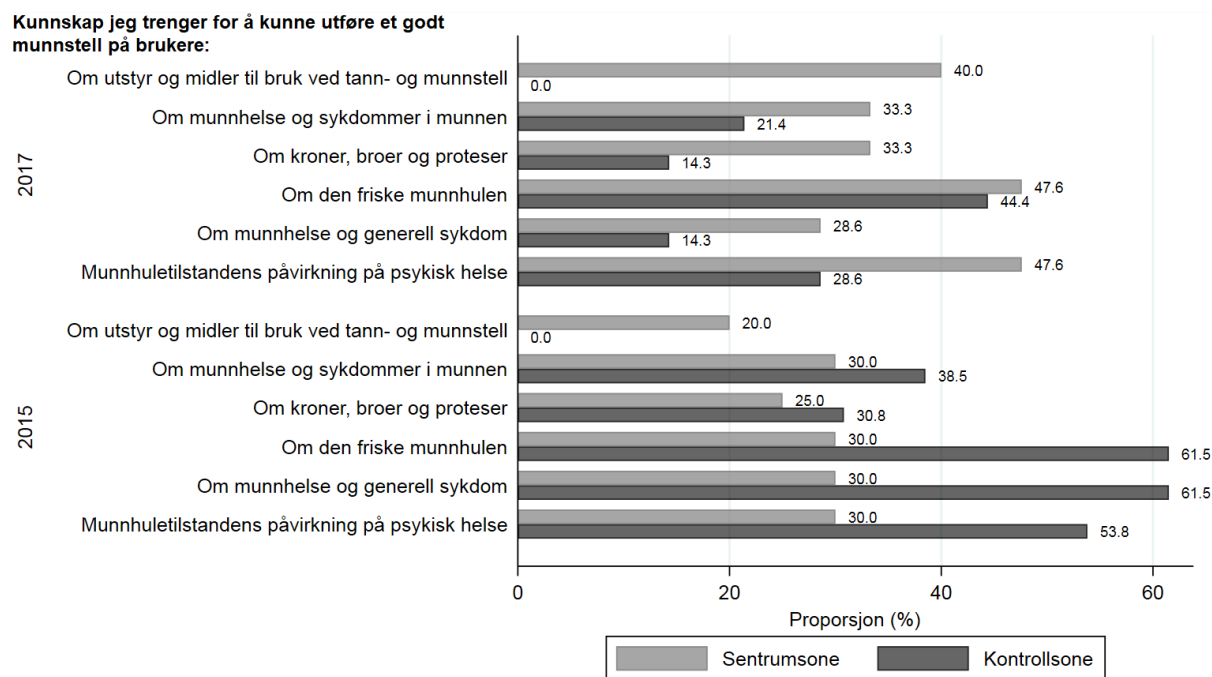
| Sone 1+2 | | 2015 | 2017 |
|---|-----------------|-----------|-----------|
| | | n (%) | n (%) |
| Jeg kan ta den tiden jeg trenger | Aldri/av og til | 3 (9,1) | 6 (17,6) |
| | Hverken eller | 14 (42,4) | 12 (35,3) |
| | Ofte/alltid | 16 (48,5) | 16 (47,1) |
| Jeg har god nok kunnskap | Aldri/av og til | 4 (12,1) | 6 (18,2) |
| | Hverken eller | 14 (42,4) | 12 (36,4) |
| | Ofte/alltid | 15 (45,5) | 15 (45,5) |
| Jeg har det utstyret jeg trenger for å hjelpe brukerne med tann- og munnstell | Aldri/av og til | 5 (15,2) | 7 (20,6) |
| | Hverken eller | 20 (60,6) | 12 (35,3) |
| | Ofte/alltid | 8 (24,2) | 15 (44,1) |
| Jeg er i stand til å gi råd til brukerne | Aldri/av og til | 7 (21,2) | 2 (5,9) |
| | Hverken eller | 15 (45,5) | 11 (32,4) |
| | Ofte/alltid | 11 (33,3) | 21 (61,8) |
| Jeg er i stand til å påvirke brukere som motsetter seg tann- og munnstell | Aldri/av og til | 5 (15,2) | 5 (14,7) |
| | Hverken eller | 17 (51,5) | 18 (52,9) |
| | Ofte/alltid | 11 (33,3) | 11 (32,4) |

Pleiepersonalets holdninger til tann- og munnstell var jevnt over positive (figur 1). De fleste svarte at det ikke var ubehagelig å utføre tann- og munnstell på andre, og var enige i påstanden om at tann- og munnstell er en del av pleierens plikter. Rundt halvparten svarte at det alltid var praktisk vanskelig å utføre tann- og munnstell, mens det var spredte holdninger til påstanden om brukerne ønsket å få hjelp til tann- og munnstell.



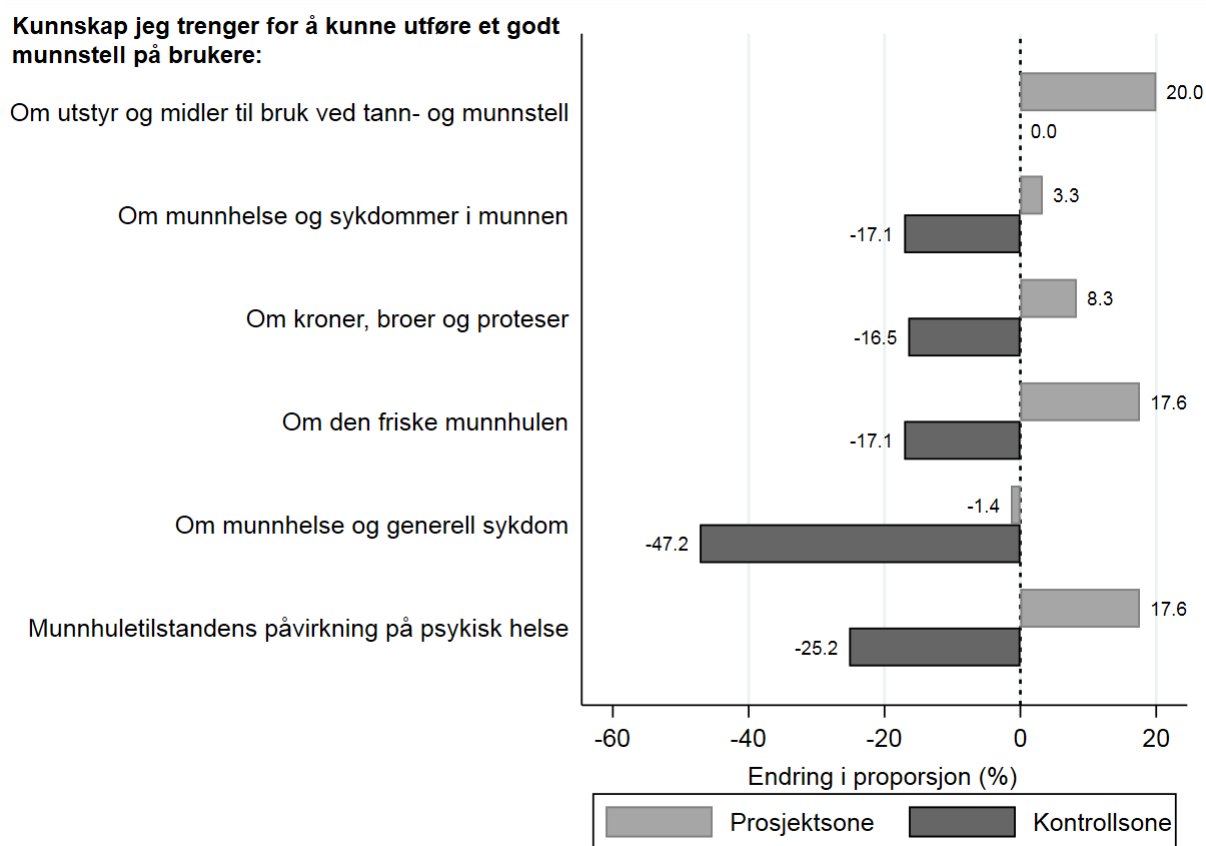
Figur 1. Proporsjonen (%) som svarer positivt på spørsmålene knyttet holdninger om tann- og munnstell i prosjektsonen og kontrollsonen i 2015 og i 2017.

På spørsmål om pleiernes kunnskap om tann- og munnstell var det stor variasjon i besvarelsene (figur 2). Pleierne i kontrollsonen ga i 2015 uttrykk for å ha mer kunnskap enn pleierne i prosjektsonen om alle temaene bortsett fra om utstyr og midler til bruk ved tann- og munnstell. I 2017 uttrykte prosjektsonen mer kunnskap enn kontrollsonen om alle temaene, men det var større variasjon i besvarelsene enn i 2015.



Figur 2 Proporsjonen som svarer positivt på spørsmål om kunnskap om tann- og munnstell i prosjektsonene og kontrollsonen som i 2015 og i 2017

Figur 3 viser endringen i prosent fra 2015 til 2017 i andelen pleiere som svarte positivt på spørsmål relatert til kunnskap om tann- og munnstell i prosjektsone og kontrollsoner. Det var en større andel pleiere i prosjektsonen enn i kontrollsonen som svarte positivt på spørsmål om kunnskap om tann- og munnstell.



Figur 3. Endring (%) fra 2015 til 2017 i proporsjoner svarer positivt på spørsmål om kunnskap om tann- og munnstell i prosjektsone og kontrollsoner

Innføring av nye samhandlingsrutiner

Integrering av en tannpleier i kommunen

I prosjektet har en tannpleier vært ansatt i Hamar kommune, på lik linje med de andre ansatte i hjemmebasert omsorg. For tannpleieren førte dette til følelsen av større grad av tilhørighet til den hjemmebaserte tjenesten, samt økt forståelse for de ulike arbeidsoppgavene som pleierne står overfor hver dag.

Arbeidsoppgavene som skal gjøres i løpet av dagen er mange og styres av vedtakene til brukerne. Ut fra dette settes det opp arbeidslister som fordeles til de som er på jobb den aktuelle vekten. Brukere av hjemmebasert omsorg er mennesker i alle aldre, og det er stor forskjell i hva de trenger hjelp til, også når det gjelder hjelp til tann- og munnstell. I noen tilfeller vil ikke brukere ha hjelp, de orker ikke på grunn av dårlig helsetilstand, eller de vurderer sin egen orale helse som god. Pleierne tar hensyn til brukernes ønsker i slike situasjoner, i tråd med økt brukermedvirkning og fokus på «Hva er viktig for deg».

«Arbeidsoppgavene til pleiere som jobber i hjemmebasert omsorg er mange og komplekse.»

Observasjoner som den kommunale tannpleieren har gjort seg er at tann- og munnstell kan være et utfordrende tema for både pleierne og brukerne. Dokumentasjon om brukerens Orale helse er lite implementert i journalsystemet hos hjemmebasert omsorg. Dette på tross av at det finnes kartleggingsverktøy som omhandler oral helse. Det finnes også punkter i IPLOS og ADL som kan fange opp når brukeren sist var hos tannhelseundersøkelse, og om det er behov for ekstra tiltak på oral helse. I prosjektperioden har det kommet et punkt i kartleggingsskjema ved inntak av nye brukere om det er behov for behandling under punktet når de sist var til tannlege.

Prosedyre – rett til gratis tannhelsetjenester

I løpet av prosjektperioden ble det opprettet tannhelsekontakter som skulle være en forbindelse mellom den offentlige tannhelsetjenesten og hjemmebasert omsorg i prosjektsonen. Tannhelsekontaktene fikk ansvar for å sende utfylte og signerte tilbudsbrev til klinikken, føre oversikt over hvem av brukerne av hjemmebasert omsorg som har fått tilbudet og hva de har svart.

Prosedyren ble laget med bakgrunn i svarene fra kartleggingen av brukerne, da det viste seg at mange ikke var klar over rettigheten til gratis tannhelsetjenester. Prosedyren har blitt utarbeidet i samarbeid med tannhelsekontaktene, tannpleier ved Hamar tannklinikk og prosjektgruppa. Fagutviklingspsykepleier har kommet med innspill til prosedyren. Alle brukere skal nå få informasjon om sine rettigheter til gratis tannhelsetjenester, og sammen med denne informasjonen ligger tilbudsbrev og helseskjema. (Vedlegg 5)

Tilbakemeldingsskjemaet fra tannklinikken er utarbeidet etter mal fra Kongsvinger tannklinikk. Skrivet ble utarbeidet etter ønske fra pleierne. Tilbakemeldingen fra tannhelsetjenesten skrives inn i journalen til den enkelte bruker. Det viser seg i ettertid at det ikke vises noe sted i journalen om dette følges opp. Her må det legges til grunn at under prosjektperioden har kommet få tilbakemeldinger fra tannklinikken, og at de fleste kom helt i sluttperioden av prosjektet. Det er i mange tilfeller vanskelig for tannklinikken å få opplysninger om helse og medisinbruk til brukerne som takker ja til tilbud om gratis tannhelsetjenester. Det er derfor lagt med i prosedyren et helseskjema fra tannklinikken som skal fylles ut av bruker.

Erfaringer viser at det har noe effekt på oppfølging av å tilby rettigheten, og at det nå er lettere å følge opp ved at det ligger inne i Gerica hvem som takker ja og hvem som takker nei. Utfordringen viser seg å være kontinuitet, da det kan se ut til at rutiner ikke følges opp med mindre det blir minnet på. Tilbakemeldingen er at det tar for lang tid å få time på klinikken. Mange brukere har glemt timen når de får den. For noen er det vanskelig å komme seg til klinikken. Det viser seg også at det å få brukerne til å fylle ut helseskjema ikke er enkelt.

Eksisterende tilbudsbrev og prosedyrer rundt formidling av rett til gratis tannhelsetjenester har vist seg å ikke nå frem til alle de som har rettigheten. I ny prosedyre er det flere dokumenter, og disse forklarer tydelig brukerens rettigheter og pleierens oppgaver. Ved å involvere tannhelsekontaktene og fagutviklingspsykepleier i å utarbeide prosedyren håpet vi å sikre at formidlingen var tilpasset tjenesten og at det var tatt hensyn til pleiernes hverdag og oppgaver. Den nye prosedyren er nettopp tatt i bruk, og vi har ikke kunnet dokumentere en bedring, men observasjoner kan indikere at flere får tilbudsbrevet, og det følges opp om brukeren har svart eller ikke.

Et ledd i den nye prosedyren er at tannklinikken sender en tilbakemelding til hjemmebasert omsorg etter at bruker har vært på besøk på tannklinikken. Dette gir økt samhandling. I dag

skjer tilbakemeldingen på et skjema som sendes per post. Pleierne ga uttrykk for at de savnet elektronisk kommunikasjon med tannklinikken. E-kommunikasjon ville gjøre det mulig å legge epikriser fra tannklinikken direkte inn i pasientens journal, og dermed vil det være enklere for pleiepersonell å følge opp brukernes tann- og munnhelse etter anbefaling fra tannklinikken.

Tannhelseundervisning for pleiepersonale i hjemmebasert omsorg

Det har vært lett å gjennomføre korte undervisningsbolker i pauser eller i rapporten når tannpleieren fysisk er tilstede i sona.

Det har vært stort engasjement i gruppa med gode refleksjoner og gode tilbakemeldinger på undervisningen. Sone 2 og 3 i distrikt Sentrum har også fått tilbud om samme undervisning. Det har vært noen utfordringer med å få til undervisning i de andre sonene, det være seg til å sette av tid, utsette undervisning og engasjementet blant pleierne i sonene har variert. Soneleders påvirkning har vist seg å være av betydning for om undervisningen ble gjennomført som planlagt.

Undervisning i andre distrikt

Under prosjektperioden har det ikke vært holdt undervisning om tann- og munnhelse i de andre distriktene. Det er kun gitt en orientering om prosedyren «rett til gratis tannhelsetjenester», og denne ble gitt i slutten av prosjektperioden.

Arenaer for samhandling

Det har vært noen møtepunkter hvor kommunal tannpleier har vært representert. På disse møtene ble det tatt opp og diskutert ulike problemstillinger rundt oral helse. En vanlig problemstilling var hvem som har rett til gratis tannhelsetjenester og hvordan brukerne enklest mulig kan komme seg til klinikken. Mange hadde også synspunkter på at brukeren må ha hjelp og pleie minst en gang i uken før rettigheten inntreer. Arbeidslagsledermøter og rapport i sone 1 Sentrum har vært møter som kommunal tannpleier har deltatt på regelmessig. Det å være så tett på pleiepersonale har gitt mulighet til å spille inn problemstillinger rundt oral helse, og gitt eksempler fra pleiernes egen hverdag. I tillegg har andre i hjemmebasert omsorg ønsket orientering om prosjektet på sine møter. Dette har totalt sett gitt økt fokus på oral helse i helse- og omsorgstjenesten i kommunen.

Fokusgruppeintervju med pleiepersonale i hjemmebasert omsorg

Intervjuet ble gjennomført ved arbeidsplassen til respondentene. Intervjueren og observatørene ble tatt godt imot av sonelederen. Intervjuet varte i overkant av 39 minutter. Det transkriberte dokumentet ble på til sammen 9 sider. Seks respondenter, sykepleiere og helsefagarbeidere deltok i intervjuet. Alle respondentene hadde erfaring med prosjektet og møtte presis.

Intervjueren opplevde at samtalen fløt godt og at det var generelt god stemning under intervjuet. Alle delte sine erfaringer, selv om det var tre personer som snakket mest. Dette stemmer godt overens med observasjonene som ble notert av observatører. Observatører noterte at alle var aktive og hadde noe å fortelle. De lyttet oppmerksomt til hverandre i diskusjonen, hørte på hverandre og fulgte med. Pleierne virket trygge både på hverandre, på å snakke om oral helse samt på prosjektet.

Ved hjelp av SDI-analysen og bruk av begrepene som fantes i datamaterialet ble det til sammen generert koder. Kodene ble deretter sortert og gruppert i hovedtemaer. Eksempel på analyseprosessen vises i tabell 12 og 13. Hovedtemaer som ble generert på denne måten samsvarte godt med temaer i den på forhånd utarbeidede intervjuguiden.

| Tabell 12 Empiri | Kode |
|---|---|
| Vi har hovedsakelig ganske friske brukere. Ikke sengeliggende i hvert fall. De klarer se veldig bra selv. De fleste...ikke så mye stell som vi driver med kanskje.. | Friske brukere Brukere som klarer seg selv |
| Ikke alle som vil slippe oss til i munnen. Nei, vil ikke. Det er veldig personlig. | Munnstell er personlig |
| Det er fokus på det. Vanskelig med de som vi er bare innom for å få støttestrømpe på for eksempel, til å fokusere på munnstell da | Fokus på tann- og munnstell |

| Tabell 13 Koder (basert på empirien i datamaterialet) | Hovedtema |
|---|---|
| Friske brukere Brukere som klarer seg selv Noen trenger mye hjelp Brukere med hverdagsrehabilitering Brukere med ulikt behov for hjelp Flere ganger per dag hos samme bruker | Brukere av hjemmebasert omsorg |
| Munnstell er personlig Brukerne steller seg selv Tilrettelegging til tannstell ved behov Fokus på tann- og munnstell Tannstell er tabu De fleste vil styre det selv Noen vil ikke svare Sier ifra bare hvis det er veldig plagsomt Sier ifra hvis de trenger tannlegetime | Munn- og tannstell hos brukere av hjemmebasert omsorg |

Det ble til sammen generert 7 hovedtemaer:

1. Brukere av hjemmebasert omsorg
2. Tann- og munnstell hos brukere av hjemmebasert omsorg
3. Informasjon om rettigheter til gratis tannhelsetilbud
4. Rutiner rundt brukere med dårlig tannhelse
5. Samhandling med tannhelsetjenesten
6. Opplæring av pleiepersonale
7. Erfaringer med kommunal tannpleier.

1. Brukere av hjemmebasert omsorg

For å få en rolig start på intervjuet og skape trygge omgivelser for respondentene begynte intervjueren med et spørsmål rundt respondentenes hverdagslige rutiner og beskrivelsen av brukerne respondentene jobber med.

De fleste respondentene beskrev sine brukere som friske brukere som klarer seg selv. Det ble likevel understreket at det er en sammensatt gruppe brukere med ulikt behov for hjelp. Noen besøk er korte besøk, mens andre bruker man mer tid på. Noen trenger hjelp med stell, noen trenger hjelp med å få på støttestrømper. Noen trenger hjelp med å varme opp middag og få medisiner. Det er flere brukere som får besøk flere ganger per dag. Tiltak vurderes fortløpende avhengig av brukernes behov.

«Vi har i hovedsak ganske friske brukere, ikke sengeliggende i hvert fall. De klarer seg veldig bra selv»

Besøkene varierer alt fra 5 minutter til en time.

«Vi har hovedsakelig ganske friske brukere. Ikke sengeliggende i hvert fall. De klarer seg veldig bra selv».

«Det er noen vi bare setter på støttestrømpe på, da er det veldig kjapt inn og ut. Eller se om de har tatt medisiner, så er det andre som trenger hjelp og tilrettelegging med stell, kanskje hjelpe de å smøre mat eller veilede de til å smøre maten selv etter oppfølging i forhold til ernæring. Og så er det de som trenger stell som vi tar med på morgen. Sårstell tar vi litt utpå dagen, ting som ikke haster så mye.»

2. Munn- og tannstell hos brukere av hjemmebasert omsorg

Ett av aspektene som man ønsket å belyse var tjenestens oppfatning av deres egen rolle i forhold til tann- og munnstell av brukere i hjemmebasert omsorg. Det første svaret som kom

«Tannstell er litt mer tabu enn alt det andre av en eller annen merkelig grunn»

da var at tann- og munnstell er utfordrende fordi det er så personlig, og at tann- og munnstell nærmest er et tabulagt område.

«Tannstell er litt mer tabu enn alt det andre, av en eller annen merkelig grunn».

Det ble igjen sagt at brukerne steller seg selv, men at det tilrettelegges til tann- og munnstell ved behov. Tjenesten har fokus på tema, men hjelpen er avhengig av brukernes behov, og er også avhengig av situasjonen.

«Vi har ganske mange brukere som steller seg selv, ordner seg selv og da er det jo tannstell ... det utfører de ofte selv det og. Og så har vi jo innimellom brukere som trenger hjelp med alt og da tilrettelegger vi mer i forhold til tannstell og sånne ting da».

Ofte vil ikke brukerne snakke om tann- og munnstell og sier bare ifra når de har fått store plager og trenger umiddelbar hjelp og en tannlegetime.

«Virker som brukere fokuserer mye mer på feil på kroppen enn munnen, munnen er liksom ikke en del av det ... de er ikke så veldig opptatt av det før det er skikkelig ille da».

På spørsmål om de uoppfordret snakker med brukerne om munnhygiene svarer respondentene at de kun snakker med brukerne om temaet når det føles naturlig.

«Hvis det er naturlig, så gjør man jo det. Det er ikke sånn at man tar det opp sånn... helt ut av det blå liksom».

3. Informasjon om tannhelsetilbudet til brukere

For at brukere skal kunne benytte seg av tilbudet fra den offentlige tannhelsetjenesten er det viktig at de får informasjon om sine rettigheter fra tjenesten i hjemmebasert omsorg. Det ble derfor stilt spørsmål om rutiner rundt formidling av tilbudet.

Det var en som svarte at når bruker hadde rett på tilbudet fra den offentlige tannhelsetjenesten var det en vanlig rutine å ta med skriftlig informasjon om dette samt å informere muntlig. På den skriftlige informasjonen finnes det også et skjema hvor brukerne kan svare om de ønsker å takke ja eller nei til tilbudet. Svaret registreres så i journalsystemet (Geric). Det var ingen andre respondenter som hadde noe mer å tilføye og alle var enige at dette fungerte bra.

«Vi har jo sånt ark ... som vi pleier å ta med ut til brukere når de har krav på gratis tannbehandling, (..) vi informerer litt muntlig som regel, så er det noen brukere som vil tenke litt på det, mens andre vil svare med en gang. Da registrerer vi det i journalsystemet vårt, om de har takket ja eller takket nei til gratis tannbehandling og litt om de trenger hjelp med å bestille tannlegetime, eller om de kommer seg dit selv».

4. Rutiner rundt brukere med dårlig oral helse

Det var viktig å kartlegge hvilke rutiner som finnes det når det oppdages en bruker med dårlig oral helse eller smerter i munnen. Alle var enige i at det å hente inn den kommunale tannpleieren i den type situasjoner var veldig betryggende og «lettvint». Det kom klart frem at det er ved «akutte» situasjoner det er lettest å spørre om bruker har egen tannlege/tannpleier og å være behjelpelig med å eventuelt bestille time til undersøkelse ved den lokale tannklinikken.

På spørsmålet om det finnes brukere som må følges opp med tiltak på tann- og munnstell svarte respondentene at det finnes noen, men at de i liten grad aktivt hjelper disse med tann- og munnstell. Det mest vanlige er da å spørre om bruker trenger hjelp. Det ble igjen påpekt at brukerne klarer disse oppgavene selv og at de fleste brukere har gode rutiner på dette området. I tillegg ble det igjen påpekt at etter den kommunale tannpleieren har vært hjemme hos brukere har brukere selv blitt veldig flinke til å utføre tannpuss og munnhygiene. Det har også gitt dem en stor mestringsfølelse å kunne klare disse oppgavene på egen hånd.

Etter den kommunale tannpleieren har vært hjemme hos brukere har brukere blitt veldig flinke til å utføre tannpuss og munnhygiene selv. Det har også gitt dem en stor mestringsfølelse å kunne klare disse oppgavene på egen hånd

« (...) etter K har vært her, så er de blitt så flinke til å vise at dette klarer de så fint selv. Forteller om at det har jeg gjort selv, er veldig stolt av det, mange av dem».

5. Samhandling med tannhelsetjenesten

Det har kommet tydelig frem at til tross for at tjenesten i hjemmebasert omsorg og den offentlige tannhelsetjenesten har ansvaret for de samme brukerne, kommuniserer de ytterst lite med hverandre. Det nærmeste man kommer «kommunikasjon» er å bestille time til brukerne. Det ble til og med uttrykt av respondentene at det ikke finnes plass til kommunikasjon. Det var også sjeldent at det kom noe informasjon fra tannlegen om eventuell oppfølging av pasienter etter endt tannlege time. De gangene det var kommet tilbakemelding fra klinikken var det skriftlig, og det var vanskelig å følge opp. Alle var enige om at det ville vært positivt å få informasjon fra tannhelsetjenesten, men man ønsker å ha det elektronisk via en e-link som tjenesten ellers er vant med å bruke i kommunikasjonen med andre aktører som for eksempel fastleger. Da er det også lettere å legge det i journalen og lettere å følge det opp.

«Vi har jo e-link system for eksempel, det er mye lettere å kommunisere med fastlegene egentlig»

«Vi har jo e-link system for eksempel, det er mye lettere å kommunisere med fastlegene egentlig»

På spørsmål om samhandling svarer respondentene at det ofte tar lang tid å få time på den lokale tannklinikken. Samtidig sier noen av respondentene at det hjelper å ringe klinikken dersom det er behov for rask undersøkelse/behandling. For mange opplevdes det som om avstanden mellom tjenesten i hjemmebasert omsorg og tannhelsetjenesten har vært stor, men at dette har endret seg etter at den kommunale tannpleieren har kommet inn. Det har også påvirket brukerne og gjort dem mer bevisste på hvilke rettigheter de har etter tannhelsetjenesteloven.

«Men jeg synes det har blitt litt mer tydelig etter at vi fikk inn K og det prosjektet. Før så var det tannhelse og Hamar tannklinikk liksom ... veldig langt unna,..men nå er det litt mer fokus på det og litt mer kjent nå liksom».

6. Opplæring av pleiepersonale

Det var felles enighet om at i en travel hverdag er det ikke lett å finne tid til kunnskapsheving og opplæring. Om noen drar på eksterne kurs er det vanlig at man formidler det man har lært

videre til andre ansatte. Det har likevel ikke kommet frem fra samtalen hvordan dette organiseres og hvorvidt det finnes noen systemer rundt det. De som er nye går sammen med dem som har jobbet en stund og lærer på denne måten.

«Ikke alltid vi får det sånn direkte tilrettelagt, vi skal gjøre alle oppgavene våre og så skal vi smette inn på et kurs i tillegg».

På spørsmål om eventuell e-læring, svarer noen at det har fungert bra ved andre sammenheng/tema. E-læring gir mulighet til at ikke alle ansatte trenger å delta i opplæringen samtidig, og det er da lettere å tilpasse til de andre oppgavene. Det ble likevel også understreket at de gangene man hadde e-læring var det satt av tid til dette fra ledernes side.

Under intervjuet kom det også frem at det var ytterst lite fokus på oral helse under utdanning. Noen responderte med at det var ingenting om dette tema under sykepleierutdanning. Dette resulterte i en liten diskusjon deltakerne imellom om hva de eventuelt hadde av undervisning, hvor noen minnet om hvordan de hadde måttet pusse tenner på hverandre. Likevel ble respondentene enige i at det er altfor lite fokus på denne tematikken. De var enige i at brukerne endrer seg og at flere og flere har egne tenner, og at det dermed er viktig å lære mer om tann- og munnhelse. Samtidig mente flere at fokuset på oral helse også vil kunne endre hvordan brukerne selv tenker og hvilke rutiner de vil ha på dette. Det merkes allerede at flere er flinke til å ta vare på tennene sine selv, og når den nye generasjon av eldre kommer vil disse være enda mer beviste på det.

«Mer oppegående brukere nå. Når jeg begynte her hadde mange bru eller gebiss eller.. veldig mange».

7. Erfaringer med kommunal tannpleier

«Vi er blitt litt flinkere til å ha fokus på det da..». «Ja absolutt, etter K har kommet».

«Synes i alle fall at de som har hatt besøk av K fått litt opplæring i tannstell selv, de har blitt veldig fokusert og gjør det veldig bra. Og viser oss hvor godt de har pusset tenner selv, så det synes jeg i hvert fall har vært veldig fint. At de har blitt mer fokusert på det selv. Og så synes jeg at det har vært veldig fint å ha deg her, kunne bare gå ned og hente K, snakke med K. Og så synes jeg også kanskje at mange av brukerne har det lettere å snakke med K som kommer fra tannhelsetjenesten om tannhelse enn med oss. Akkurat som om de er for mye sammen med oss, det er en barriere for dem å snakke om, men når K kommer, så har jeg nesten fått hakeslepp på hvor mye de åpner seg bare fordi hun kommer. De har kanskje ikke så lyst å snakke om det med oss».

Alle respondentene var enige i at de har fått mer fokus på tema oral helse. De syntes det var veldig positivt at den kommunale tannpleieren har hatt kontor tilhørende prosjektsonen og faktisk har vært fysisk til stede, noe som har senket terskelen til å kunne ta kontakt og komme med spørsmål. Videre syntes de at det hadde vært veldig bra at den kommunale tannpleieren hadde vært på hjemmebesøk, og at hun ikke bare lærte opp brukerne, men også pleierne samtidig. Respondentene hadde merket at brukerne også var blitt mer fokuserte på temaet og mye flinkere til å ta vare på sine egne tenner.

«Det var (...) spesielt en bruker som har mye plager med munnen, hvor jeg da spurte om jeg kunne få se, hvor jeg da ikke får lov men, når jeg går ned og henter Kristin opp da åpner han opp med en gang. Så det er liksom den, det er et eller annen barriere for dem».

Videre ble også opplæring som den kommunale tannpleieren har gitt under matpauser diskutert. Dette var noe alle hadde et stort utbytte av. De syntes at det å få presentert de ulike produktene mot for eksempel munntørrehet som finnes på markedet var meget nyttig. Det var noe som de kunne lite om, men som er meget nyttig i deres hverdag.

Respondentene var også enige i at det å komme hjem til brukeren er noe den offentlige tannhelsetjenesten bør vurdere i fremtiden.

«Terskelen for enkelte til å bestille seg en tannlegetime og dra ut er jo litt høyere enn å at det kanskje kommer en tannpleier hjem da. Det er jo litt annerledes, kan ta jo litt enkle ting der i stedet for at ..for noen er det mye jobb å komme seg ut og... reise dit og sitte i tannlegestolen ..at det er lettere for dem».

Det kanskje mest interessante var de observasjonene de har gjort seg i kommunikasjonen mellom den kommunale tannpleieren og bruker. De har fortalt om brukere som de har hatt i flere år, hvor brukeren ikke har vært interessert i å snakke om tann- og munnpleie, mens når tannpleieren kom på besøk hadde de ingen problemer med å fortelle og spørre. Ordet «barriere» ble brukt og respondentene var enige i at det er naturlig at brukerne foretrekker å heller snakke med en tannpleier om tenner enn med dem.

Diskusjon

Utvalg

Utvalget i prosjektet har vært ansatte og brukere i en bestemt sone av hjemmebasert omsorg i Hamar kommune hvor både sykepleiere, helse- og omsorgsarbeidere, hjelpepleiere og assistenter har vært inkludert. Brukerne av hjemmetjenesten i den valgte prosjektsonen har vært for det meste «friske» eldre med eventuelle funksjonsnedsettelse som er vanlig ved aldring (fysiske og kognitive svekkelser), og med noen brukere med for eksempel demens, funksjonshemming, psykosomatisk lidelse eller rusproblemer. Undersøkelsen bør også inkludere flere respondenter og bør gjennomføres i mye større skala. Resultatene som presenteres i denne rapporten må derfor ses i relasjon til dette og kan ikke generaliseres og direkte overføres til annen hjemmebasert omsorg i Norge. Overførbarheten i funnene ville vært styrket ved å inkludere hjemmebasert omsorg som har ansvar for andre grupper av brukere med ulike diagnoser, alder og tjeneste- og bistandsbehov. Data fra den kvalitative delen av prosjektet er basert på ett fokusgruppeintervju med få respondenter. Likevel gir våre resultater ny og derfor viktig informasjon om både brukernes orale helse og oral helse relatert livskvalitet samt belyser pleiepersonellens holdninger og deres perspektiv på samhandling. Det er få studier på dette området, og dataene presentert her vil kunne være med på å danne grunnlag for en bedre forståelse av hvordan sykepleiere og helsefagarbeidere opplever prosjektet og samarbeidet med den offentlige tannhelsetjenesten.

Oral helse og oral helse relatert livskvalitet blant brukere av hjemmebasert omsorg

Kartleggingen av oral helse viste at de fleste brukere av hjemmebasert omsorg i prosjektsonen hadde en akseptabel oral helse, noe som bekrefter at det var de friskeste av brukerne som deltok i prosjektet. 2 av brukere oppga at de ikke klarte tann- og munnstell selv, mens bare 1 svarte at hun/han mottok hjelp til oppgaven. Videre hadde ingen av brukerne erfaringer med at pleieren hadde sett i munnen deres. Det at brukerne i stor grad klarer å ivareta egen oral helse er et viktig funn. Samtidig undrer vi oss om det er slik at brukere ikke klarer å formidle behovet for hjelp, om det er for lite kunnskap i helse- og omsorgstjenesten om oral helse og dens betydning for generell helse, eller er kunnskapen tilstede, men systemene for å inkludere den orale helsen mangler?

Det har blitt vist av andre at eldre på institusjoner ofte har dårlig oral helse [11]. Sett i sammenheng med våre resultater kan dette tyde på at forfallet av oral helse skjer i tiden før en kommer på institusjon. Det er derfor viktig at pleiepersonellet i hjemmebasert omsorg oppdager når brukerne ikke lenger mestrer eget tann- og munnstell. Dette krever at pleiepersonell har den nødvendige kunnskapen om oral helse og at spørsmålet om tannpuss implementeres som en del av rutiner rundt besøket hos en bruker. Brukernes tannlegebesøk bør også kartlegges/journalføres i mye større grad enn i dagens praksis.

Brukerne av hjemmebasert omsorg har lovpålagt rett til vederlagsfrie tannhelsetjenester. Den nasjonale statistikken viser at det er få som benytter seg av dette tilbudet (SSB) og det kan virke som om det er tilfeldig hvem som får vite om denne rettigheten [19]. En viktig del av kartleggingen av brukerne var derfor spørsmål om bruken av privat og/eller offentlige tannlege og om brukerne har fått informasjon om sine rettigheter til gratis tannbehandling i den offentlige tannhelsetjenesten. Resultatene viser at det bare er halvparten av brukerne som hadde fått informasjon om sine rettigheter. Interessant nok viste resultatene at av de som har fått informasjon brukte over halvparten den offentlige tannhelsetjenesten, mens av de som ikke har fått informasjon om rettighetene brukte alle private tannhelsetjenester. Dette kan tyde på at de lave tallene på bruken av den offentlige tannhelsetjenesten kan ha sammenheng med at informasjonen om rettigheter ikke når brukerne og at brukerne som ikke har fått informasjonen ikke har gjort et aktivt valg, men bare har fortsatt i gammel rutine. Behovet for å gi mer informasjon til brukere om den rettigheten de har til gratis tannhelsetjenester er derfor stort og rutiner rundt formidling av denne informasjonen bør systematiseres i mye større grad enn i dagens praksis.

Det er økende dokumentasjon på at det er en klar sammenheng mellom oral helse og generell helse. Flere studier har sett på denne sammenhengen og peker på en assosiasjon mellom den orale helsen og den fysiske, mentale og sosiale helsen [34, 35]. Kartleggingen av brukernes orale helse relaterte livskvalitet i denne studien indikerer at brukerne har relativt god oral helse relatert livskvalitet noe som også underbygges av de kliniske dataene som er samlet inn. Allikevel viser dataene at også denne gruppen har utfordringer spesielt i forbindelse med matinntak. For eksempel oppgir flere blant brukerne utfordringer med å tygge/spise fast/hard mat og at de har utfordringer rundt det å svelge maten både i 2015 og i 2017. Dette er også elementer som er viktig å ta tak i for sikre en tilfredsstillende ernæringsstatus hos denne gruppen. Smerter, ubehag og infeksjoner i munnregionen kan gi problemer ved inntak av mat

og drikke, noe igjen som kan føre til underernæring og dehydrering [18]. Dette er utfordringer som kan forebygges på en relativt enkel og kostnadseffektiv måte. Det er derfor viktig at personell som jobber med denne gruppen har nok kunnskap om oral helse og et fokus på forebyggende arbeid. Selv om de fleste i denne undersøkelsen oppgir å ikke ha noen psykososiale utfordringer grunnet sin orale helse oppgir en andel både i 2015 og 2017 at de ikke er fornøyd med utseende og/eller egne tenner/proteser. Verdier mellom 51 og 56 regnes som å vise at oral helse har en «moderat» påvirkning på livskvaliteten [36]. Den gjennomsnittlige sumscoren gikk opp fra 2015 til 2017 henholdsvis 51,96 og 55,79. Dette funnet kan ikke knyttes direkte til intervensjonen i denne studien men man kan spekulere i om økt fokus på oral helse i tjenesten kan ha forebygget og fanget opp utfordringer rundt den orale helsen hos brukerne som ellers ikke ville ha blitt avdekket.

Holdninger til og kunnskap om tann- og munnhelse blant pleiepersonell i hjemmebasert omsorg

Resultater fra andre studier gjennomført tilbake i 2010 og 2011 i Oslo viste at kompetansen til pleiepersonale i hjemmetjenesten var varierende og oppfølging av brukere som hadde behov for daglig hjelp til munnstell var mangelfull [27]. Et av målene i prosjektet var derfor å kartlegge pleiepersonalets holdninger til og kunnskap om oral helse til brukere av hjemmebasert omsorg. Vår kartlegging viser at pleiepersonale er positive til å utføre tann- og munnstell på brukere og mener at denne oppgaven er en del av deres plikter. Likevel er svarene på selvpoplevd kunnskap om oral helse hos brukere preget av usikkerhet. Dette stemmer godt overens med andre studier som viser at kunnskapsnivå hos personalet i hjemmebasert omsorg kan ha sammenheng med at det er flere ufaglærte og mange vikarer ansatt i denne tjeneste [27].

Nye samhandlingsrutiner

Integrering av en tannpleier i kommunen

Lov om tannhelsetjenesten legger føringer for at tannpleiere skal utøve oppsøkende virksomhet blant annet ved å gi opplæring i tann- og munnstell til pleiepersonalet i hjemmetjenesten. Det er en felles enighet i den offentlige tannhelsetjenesten at dette kan være utfordrende, og at opplæringen kan være vanskelig å organisere for denne gruppen av helsepersonell [19]. Integreringen av tannpleieren i kommunen i prosjektperioden opplevdes som avgjørende for forankringen inn mot hjemmebasert omsorg og prosjektsonen.

Tannpleieren ble en del av teamet, noe som ga en økt forståelse for hverandres oppgaver. Tannpleierens tilstedeværelse i prosjektsonen har gitt pleiepersonell muligheten til å få veiledning og opplæring fortløpende når de trengte det [26].

Prosedyre- rett til gratis tannhelsetjenester

Et resultat av implementeringen av tannpleieren i den hjemmebaserte tjenesten er utarbeidelsen av prosedyren «Rett til gratis tannhelsetjenester» og en modell for oppgavene til en tannhelsekontakt. Det er viktig at hjemmetjenesten har eierskap til prosedyren, og at prosedyren passer inn i deres hverdag. Fokuset har derfor vært å involvere hjemmetjenesten i utarbeidelsesprosessen. Her har tannhelsekontaktene vært en viktig bidragsyter. I tillegg har involvering av fagutviklingssykepleier påvirket til bedre system med å registrere hvem som takker ja og nei til tannhelsetilbudet fra DOT.

Tannhelseundervisning for pleiepersonale i hjemmebasert omsorg

For å møte de nye utfordringene og de endrede behovene i samfunnet kreves det at evidensbasert kunnskap om den stadig voksende gruppen av eldre implementeres i undervisning av personell som jobber med denne gruppen av brukere. Erfaringer fra prosjektet har vist at tilstedeværelse av kommunal tannpleier gjør det lettere å holde tradisjonell undervisning. Tilstedeværelse bidrar også til at pleierne benytter kapasiteten og spør tannpleier når det er noe de lurer på. Tradisjonelle undervisningsmetoder er imidlertid vanskelige å kombinere med pleiernes daglige rutiner og økende arbeidsbelastning. E-læring kan være en verdifull metode for å kunne undervise dem som av ulike grunner ikke kan møte på kurs, for eksempel de som oppholder seg i distriktene og de som på grunn av arbeidstid og -belastning ikke kan delta på kurs i arbeidstiden. For å sikre at kunnskapsheving blir prioritert kan arbeidsgiver stille kompetansekrav til sine ansatte. Dette kan kontrolleres ved at opplæringsbolker gis poeng.

Fokusgruppeintervju med pleiepersonale i hjemmebasert omsorg

Den kvalitative delen av prosjektet ble gjennomført som fokusgruppeintervjuer med pleiepersonale i hjemmebasert omsorg. Fokusgruppeintervjuene ga oss en mulighet til å gå i dybden på hvordan pleiepersonale i hjemmetjenesten opplever den orale helsen hos brukere og hvordan de opplever det tverrfaglige samarbeidet med den offentlige tannhelsetjenesten.

Ved å analysere empirien i intervjuene har vi til slutt generert til sammen 7 hovedtemaer, hvorav 4 omhandlet brukere av hjemmetjenesten.

Den generelle oppfatning av den orale helsen til brukere var at brukere av hjemmebasert omsorg er veldig ulike, men klarer veldig mye selv, dette inkludert tann- og munnstell. Det er i midlertidig veldig få av pleiepersonale som ble intervjuet som snakket med sine brukere om tann- og munnstell og veldig få som aktivt hjalp sine brukere med dette. Tann- og munnstell har blitt et tabubelagt område i kommunikasjonen mellom bruker og pleiepersonale.

Mangelfull oppfølging av brukere med vedtak om hjemmesykepleie og som har behov for daglig hjelp til munnstell har blitt påpekt av andre tidligere [7, 8]. Ut ifra våre resultater tør vi å påstå at lite har endret seg siden da. Munnstell oppfattes som veldig personlig og pasientene sier ifra at de trenger hjelp med denne oppgaven kun når den orale helsen har blitt så dårlig at de ikke klarer å håndtere det selv lenger. Det er også ofte på det tidspunktet at det settes inn tiltak.

Pleiepersonale som hadde erfaringen med den kommunale tannpleieren var klare på at det er lettere for en tannpleier å snakke med brukere om tenner og munnen. De har blitt overasket over hvor lett det var for tannpleieren å undersøke munnen på brukere og hvor åpne brukerne har vært overfor henne. Pleiepersonale har også observert at de av brukerne som hadde fått tannpleieren på besøk hjemme hos seg, hadde blitt mye flinkere til å utføre tannpuss og munnhygiene selv. Dette stemmer godt overens med andre studier som viser at forhold som kan ha betydning for oral helse er hvilke fagpersoner som yter tjenesten. Det å motta tannpleie fra tannhelsepersonell kan i mange tilfeller være lettere for pasient/brukere [2]. Mange eldre i dag har egne tenner livet ut men det kan det være utfordrende å ivareta et sunt og velfungerende tannsett. Det er derfor viktig med regelmessig kontakt med tannhelsepersonell for denne gruppen. Med rettigheter til vederlagsfrie tannhelsetjenester for mange av brukere i hjemmebasert omsorg er mye tilrettelagt for at dette kan oppfylles. Statistikken viser i midlertidig at den offentlige tannhelsetjenesten ikke klarer å nå frem til brukerne med dette tilbudet, og på landsbasis er det litt over 30% av eldre i hjemmetjenesten som i 2017 var under offentlig tilsyn (SSB). En av de store barrierer for å nå disse brukerne har vist seg å være organiseringen av de ulike tjenestene. I motsetning til andre grupper av pasienter for eksempel «barn og ungdom», hvor den fylkeskommunale tannhelsetjenesten innkaller pasienter etter lister fra Folkeregisteret, er det hjemmebaserte tjenester i kommunen som har oversikt over brukere som har rettighet i forhold til vedtak om hjemmesykepleien. Videre er det pleiepersonale i hjemmebasert omsorg som har ansvar for å formidle informasjonen om

disse rettighetene til sine brukere og ansvar for å sikre at tannhelsetjenesten får informasjon om hvem av brukere med rettigheter som ønsker dette tilbudet.

På spørsmål om de har rutiner rundt formidlingen av informasjonen om tannhelsetilbudet til brukerne, svarer alle at de har rutiner og at det er vanlig å formidle dette både skriftlig og muntlig. Videre var alle respondentene klare på at tilbakemeldingen fra brukere registreres i journalsystemet Gericca. Det er vanskelig å vurdere hvor i systemet dette svikter i praksis, men spørreundersøkelsen av brukerne i dette prosjektet viser at det er litt over 50% som oppgir at de har fått informasjon om sine rettigheter i den offentlige tannhelsetjenesten. Vi vet fra andre undersøkelser at det at brukere ikke får informasjon om sine rettigheter er en utfordring i mange deler av landet [7, 8]. Systemet har uten tvil et forbedringspotensial.

En av de mest forbausende resultatene fra fokusgruppeintervjuet var respondentenes svar rundt tema «samhandling». Det har kommet tydelig frem at før den kommunale tannpleieren kom inn i hjemmebasert omsorg hadde pleiepersonale nærmest ingen kontakt med den offentlige tannhelsetjenesten. Dette i motsetning til den nærmest daglige kommunikasjonen med andre helseaktører som for eksempel fastlegen. Kommunikasjon mellom fastlegen foregår via e-link system. Dette systemet er per i dag ikke tannhelsetjenesten en del av. Dette kan uten tvil være en barriere i kommunikasjonen mellom de to tjenestene.

Konklusjon

Prosjektet har uten tvil gitt økt fokus på oral helse i hjemmebasert omsorg, både hos pleiepersonale og hos brukerne. Det å ha en tannpleier ansatt i kommunen skapte en nærhet og styrket samhandlingen med den offentlige tannhelsetjenesten som tidligere har vært helt fraværende.

Overføringsverdi og forslag til tiltak

- Prosjekt Kommunal tannpleier i Hamar kommune har vist at det er behov for en gjennomgang av rutiner vedrørende oral helse til brukere av hjemmebasert omsorg. I forbindelse med nye brukere i omsorgstjenesten bør kartlegging av oral helse gjennomføres sammen med den generelle kartleggingen.
- Brukerne av hjemmebasert omsorg er en sammensatt gruppe av brukere med ulike behov derfor bør alle tiltak tilpasses deretter. Pleiepersonell trenger kunnskap nok til å registrere når den pleietrengende ikke lenger klarer å ivareta eget munnstell, og til å sette inn tiltak på munnstell ved behov.
- Rutiner rundt informasjonen om rettigheter til brukerne etter tannhelsetjenesteloven har et forbedringspotensial. Dokumentasjon på hvem som har fått tilbudet og på hva brukerne har svart bør alltid foreligge og det bør lages systemer for formidling av denne informasjonen videre til den offentlige tannhelsetjenesten.
- For å minske avstanden mellom tjenestene bør den offentlige tannhelsetjenesten være mer fysisk tilstede i hjemmebasert omsorg. Prosjektet har vist at for å oppnå økt fokus på munnhelse kan det være hensiktsmessig å ansette en tannpleier i kommunen. Etter modell fra prosjektet anbefales det at den kommunalt ansatt tannpleier bør ha forankring i kommunen og ha en rådgivende funksjon i forhold til rutiner, prosedyrer og opplæring av pleiepersonell. Tilstedeværelse og kontinuitet er stikkord. Videre bør det opprettes tannhelsekontakter i alle avdelinger i hjemmebasert omsorg.
- Det bør utvikles nye metoder for opplæring av pleiepersonale som vil kunne passe inn i tjenestens travle hverdag.
- Nye prosedyrer og verktøy har ingen verdi om de ikke blir benyttet, og fagutviklingssykepleier og ledelsen bør følge opp at dette blir gjort. For at nye prosedyrer skal kunne passe inn i tjenestens hverdag anbefales det å utarbeide disse sammen med tjenesten.
- Den offentlige tannhelsetjenesten bør på samme måte som andre helsetjenester implementeres i integrert omsorg via e-link.

Referanser

1. Seim AS, Kveen EB, Jakobsen HN, Olsen RH, Willumsen T. Tannhelse og pasienter med hjemmetjenester. *Nor Tannlegeforen Tid* 2014; 124: 712—7.
2. Abbott, A, *The System of Professions An Essay on the Division of Expert Labor*. Chicago, University of Chicago Press; 1988.
3. World Health Organization WHO. *World Report on Ageing and Health*. 2015. Global.; Available from: www.who.int
4. Tønnesen M, Syse A, Nordgård K. *Befolkningsframskrivinger 2014-2100: Hovedresultater*. 2014; Available from: https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/_attachment/194974?_ts=1483a294018.
5. St.meld nr. 29 (2012-2013). *Morgendagens Omsorg*. Oslo: Helse- og Omsorgsdepartementet; 2013.
6. Fjeld KG, Mowe M, Eide H, Willumsen T. Effect of electric toothbrush on residents' oral hygiene: a randomized clinical trial in nursing homes. *European Journal Of Oral Sciences*. 2014; 122(2): 142-148.
7. Frenkel H, Harvey I, Newcombe RG. Oral health care among nursing home residents in Avon. *Gerodontology*. 2000; 17(1): 33-8.
8. Holst D. Oral health equality during 30 years in Norway. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2008; 36(4): 326-34.
9. Sjøgren P, Nilsson E, Forsell M, Johansson O, Hoogstrate J. A systematic review of the preventive effect of oral hygiene on pneumonia and respiratory tract infection in elderly people in hospitals and nursing homes: effect estimates and methodological quality of randomized controlled trials. *J Am Geriatr Soc*, 2008; 56(11): 2124-30.
10. Fjeld KG. *Oral Health and Outcome of Preventive Efforts in Nursing Homes*, in Faculty of Dentistry. 2016; University of Oslo.
11. Willumsen T, Fjaera B, Eide H. Oral health-related quality of life in patients receiving home-care nursing: associations with aspects of dental status and xerostomia. *Gerodontology*, 2010; 27(4): 251-257.
12. Griffin SO, Jones JA, Brunson D, Griffin PM, Bailey WD. *Burden of Oral Disease Among Older Adults and Implications for Public Health Priorities*. American Public Health Association: United States, North America: 2012.
13. Haag DG, Prers KG, Balasubramanian M, Brennan DS. Oral Conditions and Health-Related Quality of Life: A Systematic Review. *Journal of Dental Research*. 2017; 96(8): 864.

14. Scannapieco FA, Bush RB, Paju S. Associations between periodontal disease and risk for nosocomial bacterial pneumonia and chronic obstructive pulmonary disease. *Ann Periodontol.* 2003.
15. Robertson T, Carter D. Oral intensity: reducing non-ventilator-associated hospital-acquired pneumonia in care-dependent, neurologically impaired patients. *Can J Neurosci Nurs*, 2013; 35(2): 10-17.
16. Committee, U.S.D.o.H.a.H.S.O.H.C. U.S. Department of Health and Human Services Oral Health Strategic Framework, 2014-2017. *Public Health Reports.* 2016; 131(2):242-57
17. Skott P., W.I., Mind the gap -utmaningen att inte förlora kontakten med den äldre hemmaboende tandvårdspatienten. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2017; 127: 130-6.
18. Gunhild Vesterhus Strand, Stenerud G, Hede B. Munnstell i sykehjem. *Nor Tannlegeforen Tid* 2017; 127: 138—43.
19. Hovden, E., Rydgren Krona E, Disch PG, Tannhelsetilbudet til brukere av hjemmebaserte omsorgstjenester med rettigheter etter tannhelsetjenesteolven i region Sør. 2017; Senter for omsorgsforskning.
20. Helse- og Omsorgsdepartementet (1984), Lov om tannhelsetjenesten (tannhelsetjenesteloven) Oslo: Helsedirektoratet. 1984.
21. Hoben M, Clarke A, Huynh KT, Kobagi N, Kent A, Hu H, Pereira RAC, Xiong T, Yu K, Xiang H, Yoon MN. Barriers and facilitators in providing oral care to nursing home residents, from the perspective of care aides: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 2017; 73: 34-51.
22. Paley GA, Slack-Smith L, O'Grady L. Oral health care issues in aged care facilities in Western Australia: resident and family caregiver views. *Gerodontology*, 2009; 26(2): p. 97.
23. Vestfold. Munn- og tannhelse, når tennene ikke blir pusset en etter en. Tannhelsetilbudet til pasienter med hjemmesykepleien. 2014.
24. Norsk forskningsråd. Evaluering av samhandlingsreformen. Sluttrapport fra styringsgruppen for forskningsbasert følgeevaluering av samhandlingsreformen (*EVASAM*). Oslo; 2016.
25. Melby L, Hellestø R. Introducing electronic messaging in Norwegian healthcare: Unintended consequences for interprofessional collaboration. *International Journal of Medical Informatics*, 2014; 83(5): 343-353.
26. Vik, E. Helseprofesjoners samhandling – en litteraturstudie. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 2018; 21(02).
27. Ildgruben, S., *Samhandling mellom Den offentlige tannhelsetjenesten og kommunale samarbeidspartnere i pleie- og omsorgstjenesten*. Oslo: Universitetet. 2011.

28. Lyngstad M, Melby L, Grimsmo A, Hellesø R. Toward Increased Patient Safety? Electronic Communication of Medication Information Between Nurses in Home Health Care and General Practitioners. *Home Health Care Management & Practice*, 2013; 25(5): 203-211.
29. Flovik AM, Birkeland A. Sykepleie i hjemmet. Oslo: Cappelen Damm akademisk. 2011.
30. Kjøs BØ, Hov R. Evaluering av funksjonsinndelte arbeidslag i hjemmebaserte tjenester. (Rapport). Hamar Kommune; 2016.
31. Helse- og omsorgsdepartementet. Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2003.
32. Helse- og omsorgsdepartementet. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2016.
33. Malterud K. Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag. Oslo: Universitetsforlaget; 2017.
34. Atchison K, Dolan TA. Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. *J Dent Educ*, 1990; 54(11): 680-7.
35. Tran TD, Krausch-Hoffmann S, Duvck J, de Almeida Mello J, Declerck D, Declerq A, Lesaffre E. Association between oral health and general health indicators in older adults. *Sci Rep*, 2018; 8(1): 8871.
36. Shimazaki Y, Soh I, Saito T, Yamashita Y, Koga T, Miyazaki H, Takehara T. Influence of dentition status on physical disability, mental impairment, and mortality in institutionalized elderly people. *J Dent Res*, 2001; 80(1): 340-5.
37. Saliba TA, Ortega MM, Goya KK, Moimaz SAS, Garbin CAS. Influence of oral health on the quality of life of institutionalized and noninstitutionalized elderly people. *Dent Res J (Isfahan)*, 2018; 15(4): 256-263.
38. St.meld 15 (2017–2018) *Leve hele livet — En kvalitetsreform for eldre*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2018.

Vedlegg

Vedlegg 1

Velkommen til spørreundersøkelse

«Prosjekt kommunal tannpleier,
-samhandling mellom hjemmebasert omsorg og tannhelsetjenesten»

Sone 1 Sentrum

Du skal fylle ut skjemaet på egen hånd, og ikke tenke deg lenge om eller bruke lang tid på hvert spørsmål.

Synes du det er vanskelig å svare, så svar det du synes likner mest på det du mener. Det er viktig for studiens kvalitet at det ikke er mange ubesvarte spørsmål

1. Yrkesutdannelse

- Sykepleier
- Omsorgsarbeider/ fagarbeider/hjelpepleier eller lignende
- Ufaglært helsearbeider

Annet _____

2. Alder

- Under 30 år
 - Mellom 30 og 50 år
 - Over 50 år
-

3. Antall år i yrket

- Under ett år
 - Mellom 1 og 5 år
 - Over 5 år
-

4. Hadde du undervisning om tannhelse i din utdanning?

- Ja
- Nei
- Vet ikke

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet:

«Kommunal tannpleier

– samhandling mellom hjemmebasert omsorg og tannhelsetjenesten»

Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsundersøkelse der vi ønsker å undersøke rutineene for tann- og munnstell for brukerne i Helse- og omsorgstjenesten.

Forskningsundersøkelsen er et samarbeid mellom Hamar kommune og tannhelsetjenesten i Hedmark fylkeskommune.

I dag vet vi lite om hvordan rutineene for tann- og munnstell er for brukerne i hjemmebasert omsorg. Undersøkelsen vil kartlegge tann- og munnhelsen, og omfatte opplæring av pleiepersonell i utføring av tann- og munnstell. Vi vil se på formidling av tannhelsetjenestens tilbud til brukerne. Prosjektet er et initiativ fra tannhelsetjenesten i Hedmark fylkeskommune etter et forprosjekt i pleie, rehabilitering og omsorgsavdelingen i Elverum. Her ble det avdekket mangelfulle rutiner for å sikre tannhelsetilbudet til brukere i hjemmesykepleien

Hva innebærer studien?

For å kunne delta i undersøkelsen må du være bruker av hjemmetjenesten sone 1 distrikt sentrum. Undersøkelsen innebærer et besøk av tannpleier og pleier fra hjemmebasert omsorg. Det blir en undersøkelse av tenner og munnhule, og det stilles noen spørsmål til deg. Dette gjennomføres 2 ganger, med ca. et års mellomrom.

Mulige fordeler og ulemper

Det vil ikke innebære ulemper for deg å delta i undersøkelsen. På sikt kan det gi fordeler, ved at vi finner frem til best mulige metoder for å bevare god tannhelse hos brukere av hjemmebasert omsorg.



Hamar kommune



HEDMARK
FYLKESKOMMUNE

Samtykkeskjema for studien:

«Prosjekt kommunal tannpleier,
-samhandling mellom hjemmebasert omsorg og tannhelsetjenesten»

Brukerens navn: _____

Dato: ____ / ____ 2015

Alternativ 1:

Ja takk, jeg vil delta i undersøkelsen, dette innebærer at jeg får besøk av en tannpleier som skal undersøke tennene mine og stille meg noen spørsmål.

Signatur

Alternativ 2:

(For bruker med samtykkekompetanse som mangler evne til å signere selv)

Vi bevitner at overnevnte person har fått informasjon om undersøkelsen og muntlig gitt uttrykk for samtykke til å delta.

Signatur vitne 1

Signatur vitne 2



Hamar kommune



HEDMARK
FYLKESKOMMUNE

Kartleggingsskjema «Prosjekt kommunal tannpleier»

Kvinne Mann

Navn _____

Alder _____

Nr _____

Kun egne tenner Egne tenner og proteser Protese Helt tannløs Antall tenner _____

BSI (Belegg- og Slimhinne Index)

Kriterier BI:

1= Intet mykt belegg kan sees

2= Så vidt synlig belegg

3= Moderat mengde belegg

4= Rikelig med belegg

Kriterier SI:

1= Normalt utseende gingiva/slimhinne

2= Mild inflammasjon

3= Middels inflammasjon

4= Sterk inflammasjon

Nr _____

| Belegg index | Slimhinne index | Sum BSI |
|--------------|-----------------|---------|
| | | |

Munntørhet

Plages du av å være torr i munnen? JA NEI

Antall daglige medisiner

Ingen 1-4 Over 5

Tann- og munnstell

Hvor ofte pusser du tenner? _____

Klarer tann- og munnstell selv JA NEI

Får hjelp til tann- og munnstell JA NEI

Ønsker du hjelp? JA NEI

Har noen av pleiepersonellet sett på dine tenner/munnhule? JA NEI

Spør pleiepersonellet om tenner og tannpuss? JA NEI

Går du regelmessig til tannhelsekontroll? JA NEI

Hvor?

Har du fått informasjon om dine rettigheter til gratis tannbehandling i den offentlige

tannhelsetjenesten? JA NEI

Eventuelt notat:



Hamar kommune



HEDMARK
FYLKESKOMMUNE

2016

Prosedyre
«Tilbud om gratis tannhelsetjenester»
ansatte



Hamar kommune



HEDMARK
FYLKESKOMMUNE

2016

Informasjon om «rett til gratis
tannhelsetjenester»



Hamar kommune



HEDMARK
FYLKESKOMMUNE



Stempel tannklinikk

TILBUD OM GRATIS TANNHELSETJENESTER

Som bruker av pleie- og omsorgstjenesten i kommunen etter Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 punkt 6 a og c, har du rett til gratis tannhelsetjeneste i offentlig tannhelsetjeneste. Dette forutsetter at du mottar pleie minst en gang per uke. Ordningen er frivillig, og du står fritt til å takke nei til tilbudet og bruke din private tannlege, men da dekkes ikke kostnaden.

- Ja**, jeg ønsker å benytte meg av tilbud om gratis tannhelsetjeneste
- Nei**, jeg ønsker ikke å benytte meg av tilbud om gratis tannhelsetjeneste
- Jeg samtykker** i at tannhelsetjenesten og pleie- og omsorgstjenesten deler informasjon om min tannhelsetilstand, medisnbruk og annet som har betydning for min munn- og tannhelse.

| | |
|---------------|--|
| Navn | |
| Fødselsnummer | |
| Adresse | |
| Telefon | |

| | | | |
|------|--|-------------|--|
| Dato | | Underskrift | |
|------|--|-------------|--|

Undertegnede bekrefter at denne bruker har vedtak om pleie- og omsorgstjenester og oppfyller kravene til gratis tannhelsetjeneste

| | | | |
|-------------------|--|----------|--|
| Sted Kommune/etat | | Avdeling | |
| Kontaktperson | | Telefon | |

| | | | |
|-----------------------|--|-------------|--|
| Mottatt tannklinikken | | Underskrift | |
|-----------------------|--|-------------|--|

Det er pleie- og omsorgstjenesten som er ansvarlig for å formidle tilbudsbrevet til brukere som innfrir kravene til gratis tannhelsetjenester. Innholdet forklares for brukeren, eventuelt bør pleiepersonell tilby hjelp til utfylling. Utfylt tilbudsbrev signeres av brukeren og den i pleie- og omsorgstjenesten som er gitt signaturfullmakt. Pleie- og omsorgstjenesten dokumenterer hvilke brukere som har fått tilbudsbrevet, og hva de har svart. Når bruker svarer ja, og ønsker time på tannklinikken sendes utfylt og signert tilbudsbrev til tannklinikken.

Mars 2016

Fylkestannlegen

BESØK: Parkgata 64, Hamar POST: Pb. 4404 Bedriftsenteret, 2325 HAMAR
TELEFON: 62 54 40 00 E-POST: postmottak@hedmark.org ORG.NR: 042 116 217

www.hedmark.org



TILBAKEMELDING FRA TANNHELSETJENSTEN TIL HJEMMEBASERT OMSORG

| | |
|-------------------------------|----------------|
| Navn: | Fødselsnummer: |
| Besøksdato tannklinikken: | |
| Behandlet av: | |
| Ny avtale tannhelsetjenesten: | |

Tann- og munnhelsestatus:

Behov for:

- Veiledning/hjelp til egen utførelse av tann- og munnstell
- Tannpuss morgen og kveld
- Daglig renhold mellom tennene
- Puss av proteser morgen og kveld
- Fluor i tillegg til fluortannkrem

Videre behandlingsplan:

Hamar tannklinikk
Furubergveien 201

2316 Hamar
Telefon: 62 54 41 30
E-post: hamar.tannklinikk@hedmark.org



Fylkestannlegen

BESØK: Parkgata 64, Hamar POST: Pt. 4404 Bedriftsenteret, 2325 HAMAR
TELEFON: 62 54 41 30 E-POST: postmottak@hedmark.org ORG.NR: 042 116 217

www.hedmark.org

Endring av retten til gratis tannhelsetjenester.

Til: _____

Adresse: _____

Fødselsnummer: _____

Den _____ er det gjort endringer på vedtaket ditt som medfører at retten til gratis tannhelsetjenester bortfaller.

Det fremgår av Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd punkt 6 a og c, og Tannhelsetjenesteloven § 3-1 at man med vedtak hjemlet i disse paragrafer, har rett til gratis tannhelsetjenester. Dette forutsetter at du mottar pleie minst 1 gang i uken over tre måneder.

Ved spørsmål vedrørende denne endringen ta kontakt med
Hamar tannklinikk tlf. 62 54 41 30

Du kan gjerne benytte deg av tilbudet på tannklinikken, men må betale for tjenesten selv.

Dette til informasjon.

Vennlig hilsen hjemmebasert omsorg, distrikt sentrum.

Dato _____ Signatur _____



Hamar kommune



HEDMARK
FYLKESKOMMUNE

Vedlegg 7



1 tann- og
munnehlse generelt

Vedlegg 8



2 hvorfor er tann
og munnehlse viktig

Vedlegg 9



3 Aldring oral
helse.pdf

Vedlegg 10



4 Munnstell.pdf

Vedlegg 11



Munntørrhet.pdf

Kommunal tannpleier – samhandling mellom hjemmebasert omsorg og tannhelsetjenesten

Du er invitert til å delta i fokusgruppeintervju som omhandler tannhelsetilbudet til brukere av hjemmebaserte omsorgstjenester.

Denne informasjonen er til deg som vil delta i et fokusgruppeintervju som omhandler samhandling mellom hjemmebaserte omsorgstjenester og den offentlige tannhelsetjenesten i ditt distrikt. Du som er ansatt i hjemmebaserte tjenester er et viktig ledd i samhandlingen mellom de ulike aktørene som har ansvar for brukere. Dine erfaringer og meninger er derfor meget betydningsfulle for oss, og kan være med på å påvirke fremtidige satsninger på dette området.

Bakgrunnen og hensikten med intervjuet

Intervjuet er en del av prosjektet «Kommunal tannpleier – samhandling mellom hjemmebasert omsorg og tannhelsetjenesten» som er gjennomført i Hamar kommune. Formålet med prosjektet er et ønske om å bedre tann- og munnhelse hos eldre og langtidssyke hjemmeboende med vedtak om hjemmesykepleie. Vi ønsker å kartlegge hvordan du som ansatt opplever at samhandling mellom de ulike aktørene fungerer og hva du tenker eventuelt kan gjøres bedre. Hovedfokuset vil være på samhandling mellom hjemmebaserte omsorgstjenester og den offentlige tannhelsetjenesten.

Hva innebærer fokusgruppeintervju?

Fokusgruppeintervju er en metode hvor målet er en gruppediskusjon for å bringe frem deltakernes oppfatninger av et valgt tema. Det finnes derfor ingen riktige eller gale svar på spørsmålene som blir stilt.

Deltakelse i dette fokusgruppeintervjuet innebærer at du sammen med andre fra din institusjon (5-6 deltakere) vil være med på en diskusjon rundt temaer som på forhånd er bestemt. Temaer som omhandler erfaringer rundt samhandling med andre aktører om brukere av hjemmebaserte tjenester (med hovedfokus på den offentlige tannhelsetjenesten), daglig rutiner, erfaringer med kunnskapsheving og opplæring av de ansatte. Målet er at deltakerne i fokusgruppen sammen reflekterer over disse erfaringene.

Intervjuet vil være ca. 60 minutter og vil bli tatt opp som lydfil. Du som deltaker vil være anonym under hele intervjuet og i etterkant av intervjuet (under behandling av data). Det vil si at det på ingen tidspunkt samles inn direkte eller indirekte personidentifiserende opplysninger. Stemmen/lydfilen blir ikke registrert i kombinasjon med andre opplysninger, slik at du kan gjenkjennes. Lydfilen regnes dersom ikke som personidentifiserende. Prosjektleder som også vil være den som intervjuer og har hovedansvar for behandling av data har ikke kjennskap til intervjudeltakere og har ikke vært involvert i tidligere faser av prosjektet. Lydopptaket vil bli transkribert etter intervjuet og resultatene vil generaliseres for publisering.

Kommunal tannpleier – samhandling mellom hjemmebasert omsorg og tannhelsetjenesten

Intervjuguide til fokusgruppeintervju med hjemmebasert omsorg

Sted:

Dato/klokkeslett:

Etikk/Personvern: Det samles verken direkte eller indirekte personidentifiserende opplysninger. Intervjuet lagres som lydopptak. Stemmen/lydfilen blir ikke registrert i kombinasjon med andre opplysninger, slik at personer kan gjenkjennes. Lydfilen regnes derfor ikke som personidentifiserende. Prosjektet er ifølge NSD sine retningslinjer ikke meldepliktig.

Prosjektleder som også vil være moderator, samt databehandler har ikke kjennskap til respondentene og har ikke vært involvert i tidligere faser av dette prosjektet.

Forespørsel om deltakelse i studien: Leder av det aktuelle distriktet retter forespørsel om frivillig deltakelse til sine ansatte. Det er ønskelig at respondentgruppen er mest mulig representativ for de ulike yrker/profesjoner man har ved den aktuelle hjemmebaserte tjenesten. Det ønskes derfor respondenter med sykepleie-, omsorgsarbeider-/ helsefagarbeider-/hjelpepleier- og ufaglært helsearbeiderbakgrunn.

Informasjon om intervjuet/prosjektet: Informasjon om intervjuet inkludert etikk/personvern sendes på forhånd av fokusgruppeintervjuet til leder av det aktuelle distriktet. Den samme informasjonen gjentas i starten av intervjuet.

Opptaksutstyr: Intervjuet skal tas opp på iPad. Denne er låst med passord. Det er kun prosjektleder som har tilgang til denne. Det er ingen andre opplysninger om respondentene som oppbevares sammen med lydfilen. Opplysningene som tas opp på lydfilen vil være verken direkte eller indirekte identifiserbare.

Introduksjon

- Ønske velkommen
- Presentasjon av den som intervjuer samt eventuelle observatører.
- Kort presentasjon av den kvalitative studien og intervjuet:
 - Bakgrunn/formål: forklare hensikten med fokusgruppeintervjuet, metoden (hvordan samtalen skal foregå, en kunnskapsproduserende samtale og ikke et intervju), presentere tema som gruppen skal gå gjennom.
- Forsikre seg om at deltakerne har lest informasjonen om intervjuet. Gjenta informasjonen om personvern og de etiske aspekter som gjelder for intervjuet og denne studien.
- Spørre om det er noe deltakerne lurer på / spørsmål før vi begynner.

Intervju

Informere om at nå skal vi starte opptaket.